

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939 1941

N° 724

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Paul, Michel NEVEU

né le 7 novembre 1912 à Rochefort-sur-Mer (Charente-Infér.)

*Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine
et de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police
Médecin-Légiste de l'Université de Paris*

Les délires chroniques des alcooliques

(ESSAI CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Paul, Michel NEVEU

né le 7 novembre 1912 à Rochefort-sur-Mer (Charente-Infér.)

*Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine
et de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police
Médecin-Légiste de l'Université de Paris*

Les délires chroniques des alcooliques

(ESSAI CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BKUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLER.
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DELARUE ... Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H).. Physique.
 DESOILLE ... Médecine légale.
 DIGONNET .. Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BREN-
 TANO..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD .. Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{re} GAUTHIER-
 VILLARS ... Anatomie pathologique.
 N... Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{re} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAIL-
 LIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.



III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET ... Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN... Anatomie pathologique.

MM.

Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-
 LEMAIRE .. Parasitologie.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		FEY.	
GASTINEL		LEVEUF.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
MOREAU		MOURE.	
LIAN.		QUÉNU.	
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE.			
METZGER.			
PORTES.			
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
N... ..	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR E. BERNOU

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

LE MÉDECIN AUXILIAIRE L. NEVEU

(mort pour la France)

A MON PÈRE

LE DOCTEUR A. NEVEU

Médecin des Troupes Coloniales

A MA FEMME

A MON ONCLE

LE DOCTEUR A. BERNOU

Lauréat de l'Académie de Médecine

A MON ONCLE

LE DOCTEUR M. BERNOU

Chef de Laboratoire à la Faculté

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

*Professeur de Clinique des Maladies mentales
et de l'Encéphale*

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

*En gage de reconnaissance pour la bien-
veillance qu'il m'a témoignée. Hommage de
respectueuse admiration.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. HEUYER

Médecin en Chef de l'Infirmerie spéciale
Médecin des Hôpitaux

Hommage de mon fidèle attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN DELAY

Médecin des Hôpitaux

*En témoignage de ma très vive affection
et de ma profonde gratitude.*

INTRODUCTION

Sous le nom de délire chronique des alcooliques, nous avons réuni des états délirants très variés dans leur symptomatologie, mais dont l'histoire montre toujours qu'un syndrome d'alcoolisme chronique a précédé l'apparition des troubles mentaux. Nous voulons, dans ce travail, contribuer à préciser l'histoire de ces délires, leurs divers aspects cliniques, leur évolution. L'étude des formules, des thèmes délirants qui apparaissent chez d'anciens buveurs permet, en tant qu'expérience psychopathologique, de préciser certains caractères de la mentalité de l'alcoolique. L'évolution des troubles chez des malades que nous avons pu suivre pendant de longs mois et parfois des années, nous permet de préciser les processus de dégradation progressive de la pensée morbide et de rechercher la valeur des facteurs psychogénétiques dans l'élaboration du délire.

Les troubles mentaux consécutifs à des intoxications ont pu être considérés comme de véritables faits expérimentaux, c'est-à-dire qu'il est possible de les reproduire dans des circonstances identiques données et d'expliquer leur apparition par l'action d'un agent connu. Mais cette supposition vérifiée dans le cas d'intoxication aiguë et qui a donné lieu à des auto-observations classiques sur le Haschich, l'Opium, ne vaut pas lorsqu'on étudie les intoxications chroniques et leurs conséquences parfois éloignées. L'alcoolisme chronique est très différent de l'intoxication aiguë (ivresse). Il s'agit là d'un phénomène très complexe, encore très mal connu, bien que de nombreux travaux récents aient permis d'en préciser la

physiopathologie et de fonder sur des faits acquis des hypothèses qu'il ne faut toutefois accepter que sous certaines réserves. C'est pourquoi nous envisageons deux ordres de faits, ou mieux une catégorie de faits qui peut être étudiée du point de vue physiopathologique et psychopathologique.

Pour retracer l'histoire de ces délires, nous avons été amenés à envisager l'alcoolisme chronique qui précède leur apparition et les accidents subaigus du délire onirique qui annonce leur éclosion. Nous ne ferons que rappeler les traits particuliers de ces grands syndromes, qui nous ont paru avoir de l'importance pour l'étude des états délirants chroniques qui peuvent leur succéder. Nous ferons suivre notre étude clinique d'un essai de pathogénie, d'une recherche des facteurs qui expliquent la succession des phénomènes morbides.

C'est pendant notre internat dans le service de M. le docteur R. Mignot que nous avons eu l'idée de ce travail. Notre maître nous a montré la fréquence de l'intoxication alcoolique à l'origine de diverses psychoses et la valeur de ce facteur lorsqu'il agit sur un terrain dégénératif. Il a bien voulu s'intéresser à nos observations et à nos hypothèses; nous l'en remercions ainsi que de la bonté avec laquelle il nous a accueilli dans son service; le souvenir de cette année d'internat demeure pour nous l'un des meilleurs.

Nous avons pu recueillir la plupart de nos observations grâce à la bienveillance de M. le docteur E. Martimor dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne dans le Service spécial de buveurs des Hôpitaux psychiatriques de la Seine qu'il a réorganisé et qui est maintenant une source de matériel clinique remarquable pour l'étude de cette grande entité de la pathologie mentale qu'est l'alcoolisme chronique. Il nous a permis d'observer plusieurs malades intéressants dans son service de l'Asile de Maison-Blanche.

Notre étude de l'alcoolisme a pu être complétée pendant cette année d'internat à l'Infirmerie Spéciale. Nous devons beaucoup à l'enseignement oral de nos maîtres MM. les docteurs B.-J. Logre, G. Heuyer et A. Brousseau; qu'ils trouvent

ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueux attachement.

C'est pour nous un devoir de remercier ceux qui nous accueillirent avec bienveillance à nos débuts en médecine mentale, MM. les docteurs E. Toulouse et Th. Simon, médecins directeurs de l'hôpital Henri-Rousselle, et ceux qui assistèrent avec indulgence à notre initiation psychiatrique, M^{lle} le docteur M. Badonnel et MM. les docteurs R. Dupouy et H. Pichard.

Nous nous excusons auprès de notre conférencier et ami M. le docteur Henri Ey de nous être écarté parfois, dans ce travail, de l'enseignement de ses conférences d'information psychiatrique; mais nous ne saurions trop reconnaître que nous lui devons la plupart de nos notions théoriques, en particulier, ses exposés sur les rapports du rêve et des psychoèses, et sa théorie pathogénique selon Jackson, ont été pour nous un guide précieux.

Nous remercions M. le professeur Laignel-Lavastine qui nous a accueilli avec bonté et nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

15 septembre 1939.

L'impression de cette thèse, soutenue à la veille de la mobilisation, fut retardée par la guerre. Pendant notre séjour aux Armées, nous avons été accueilli avec une grande bonté par M. le docteur X. Abély, à qui nous exprimons toute notre gratitude. C'est ensuite sous la direction de M. le professeur agrégé Jean Delay que nous avons continué notre initiation à la psychiatrie militaire; nous sommes profondément reconnaissant de la sympathie qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Depuis, nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Laignel-Lavastine à qui nous exprimons toute notre gratitude pour les encouragements bienveillants dont il a bien voulu nous honorer. Enfin, nous exprimons à M. le docteur Guiraud toute l'admiration que nous inspire sa personnalité et nos remerciements pour nous avoir accueilli dans son service.

I. L'ALCOOLISME CHRONIQUE

I. - GENERALITES

La notion d'alcoolisme chronique date de Magnus Hüss (1852) qui, dans son ouvrage « *Kronische Alkohols Krankheiten oder Alcoolismus chronicus* » a décrit l'état pathologique de l'organisme soumis à une intoxication prolongée par l'alcool et les boissons qui en contiennent, prises par ingestion.

Le terme d'alcoolisme avait d'abord été restreint aux seuls cas où le toxique en cause était constitué par un produit de distillation : c'est-à-dire les eaux-de-vie, les alcools, et les liqueurs alcooliques. Accessoirement l'on distinguait l'œnisme ou intoxication par le vin, l'absinthisme, etc., et l'on a pu s'attacher à rechercher une diversité des symptômes selon la variété de breuvages incriminée et même dénier, comme Régis, un rôle toxique à certains d'entre eux. Nous ne rappellerons pas les discussions vives entre ceux qui incriminaient la nocivité des alcools en proclamant l'innocuité du vin ou de la bière. Bessières et Deshaies, dans un article récent, ont montré que le vin, l'alcool et les apéritifs ont, dans l'étiologie de l'alcoolisme un rôle semblable. Cependant il était légitime d'admettre les effets particuliers de certaines essences, ce que G. Dromard avait proposé d'appeler l'aromatisme. Actuellement le terme d'alcoolisme désigne généralement les intoxications par les boissons contenant de l'alcool qui demeure, dans cet ordre de fait, l'agent toxique le plus important.

L'alcoolisme chronique, dont l'étude fait partie de la pathologie générale des intoxications, est caractérisé par l'acquisition de certaines lésions anatomiques et de troubles des fonctions organiques, se traduisant par divers symptômes cliniques que nous rappellerons.

Il doit être tout d'abord distingué de l'ivresse, intoxication aiguë par absorption massive d'alcool dépassant les seuils de tolérance de l'organisme. Comme dans toute intoxication les symptômes diffèrent de la forme chronique et le plus souvent les deux phénomènes ne sont pas associés. Beaucoup d'alcooliques chroniques n'ont jamais eu d'ivresses ; par contre, il est évident que les ivresses fréquentes mènent rapidement à l'alcoolisme chronique. Celui-ci apparaît lentement, insidieusement et son aspect clinique est bien spécial.

Selon le degré d'alcoolisation on a distingué : l'alcoolisme latent (Ladrague) se traduisant par des signes vagues, un état de malaise et surtout par le fait de l'accoutumance ; celle-ci se définit au point de vue clinique comme étant la possibilité de supporter des doses de toxique plus élevées que n'en admettrait un organisme normal ; il s'y associe un état d'appétence pour l'alcool. Sapelier et Dromard admettaient qu'il s'agissait d'un véritable état de besoin et l'alcoolomanie, produit de l'accoutumance et du besoin, leur semblait être comparable en tous points à la morphinomanie. Ce sont là des points que nous envisagerons au paragraphe que nous consacrons à la physiopathologie de l'alcoolisme.

En ce qui concerne les limites de l'alcoolisme, problème qui a été repris dans la thèse de Thomas, nous admettrons avec les auteurs du classique « Traité de l'alcoolisme » la solution proposée par Ladrague : « Il y a alcoolisme lorsque, du fait de l'usage continu des boissons alcooliques, l'organisme est entré dans une phase pathologique, dont le premier terme est l'accoutumance à ces produits toxiques et le second l'irrésistible besoin d'en user. »

C'est donc au stade de l'alcoolisme latent qu'il faut faire commencer l'alcoolisme chronique et nous verrons que, physiologiquement, cette extension est justifiée. Il s'agit là de

phénomènes anormaux qui caractérisent l'état physiopathologique du buveur. Il est utile de préciser ce point car la valeur de l'intoxication par l'alcool a souvent été discutée. D'une part, on pourrait en abuser et considérer, à tort, comme une intoxication l'absorption d'alcool en quantité modérée et sans autres signes que ceux qui accompagnent normalement toute ingestion alimentaire; mais plus souvent, des auteurs insuffisamment avertis de la pathologie de l'alcoolisme, ont voulu en repousser les limites, et méconnaissant la psychologie du buveur qui dissimule, avec une apparence de bonne foi évidente, la valeur réelle de ses excès, ont été surpris de ne pas trouver dans l'anamnèse des éléments justifiant un diagnostic d'alcoolisme chronique fondé sur de petits signes ayant pu disparaître en quelques jours de traitement.

D'une façon générale, il faut toujours considérer que l'état d'intoxication n'est pas seulement en relation avec la quantité d'alcool ingérée, il est en rapport avec le seuil de tolérance au toxique; l'alcoolisme latent, l'accoutumance et l'appétence traduisent le dépassement de ce seuil.

Le petit alcoolisme, qualifié parfois d'imprégnation alcoolique, n'est qu'un degré de transition où les signes cliniques peuvent ne pas être au complet mais où certains symptômes permettent, d'affirmer le diagnostic même en l'absence de toute anamnèse. Il s'agit là d'une forme clinique mineure dont l'intérêt vient de sa très grande fréquence; c'est sous cette forme que l'alcoolisme est le plus souvent associé à des troubles mentaux dont il constitue un appoint.

2. - SYMPTOMES DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

Le tableau clinique de l'alcoolisme chronique a été maintes fois tracé, aussi passerons-nous brièvement en revue les symptômes les plus importants.

Les troubles du tonus musculaire et de la motricité se traduisent par le *tremblement* qui est le symptôme le plus important. C'est un tremblement prédominant aux extrémités,

mis en évidence par l'attitude du serment avec écartement des doigts. Au niveau de la langue on observe le plus souvent des secousses fibrillaires qui expliquent la *dysarthrie scandée* de l'alcoolique (Logre). A la face c'est un frémissement des muscles zygomatiques et péribuccaux; on peut également le rechercher par l'occlusion des yeux qui s'accompagne de trémulation. S'il existe une polynévrite, le tremblement peut être aboli. Souvent il existe pendant le sommeil des décharges toniques, *les soubresauts tendineux*. La motricité est parfois perturbée, la démarche est incertaine, hésitante, on peut constater un certain degré d'hypotonie musculaire. Les réflexes sont généralement vifs, mais selon le degré de l'atteinte nerveuse, ils peuvent être diminués ou même abolis. D'une façon générale, ils sont irréguliers, ils peuvent varier dans leur intensité d'un examen à l'autre. L'examen de la sensibilité montre des troubles subjectifs: sensation de crampes douloureuses des membres inférieurs, *points de côté* (Milian) au niveau des hypocondres ou des omoplates, douleurs intercostales. Les troubles objectifs consistent en hyperesthésie superficielle au pincement, au chatouillement; la sensibilité musculaire est exagérée, le pincement du mollet, de la cuisse, détermine une douleur vive, tardive et prolongée, l'hyperalgie. Ces troubles peuvent annoncer l'apparition d'une polynévrite.

Les troubles digestifs ne sont pas moins importants et l'on recherchera avec soin les signes de la dyspepsie alcoolique en rapport avec une gastrite qui fait rarement défaut chez le buveur: ces troubles prédominent le matin, à jeun, surtout après les excès. Ils consistent en état nauséux ou vomissements, les pituites muqueuses ou bilieuses, d'une valeur presque pathognomonique. D'autres signes s'y associent, pyrosis, éructations; l'anorexie est fréquente, plus rare est l'hyperorexie. En règle générale, il existe de la constipation. A l'examen, on recherchera l'existence d'un état saburral des voies digestives, et les signes d'atteinte hépatique, le subictère des conjonctives, et les modifications de volume du foie et de la rate, souvent augmenté.

Les troubles vaso-moteurs et sudoraux se traduisent par la *chaleur* et la *moiteur* des extrémités, la congestion de la face qui, par sa répétition et son association à l'hypotonie des muscles peauciers et au subictère des téguments, donne le *faciès éthylique* : couperosé, sillonné d'ectasies veineuses, fines varicosités des pommettes et du nez, qui sur un fond plus ou moins icterique, enluminent une physionomie atone et inexpressive, malgré l'hyperémotivité du malade.

Les troubles du sommeil manquent rarement. Il faut rechercher les caractères spéciaux des rêves, ce sont des rêves qui se répètent selon deux thèmes uniformes et fréquents : les rêves zoopsiques, plus ou moins terrifiants, figurant des animaux, des serpents, des rats, des chevaux, etc..., et d'autre part des *rêves professionnels*, car les préoccupations journalières hantent les nuits de l'alcoolique. Plus rares sont les rêves de chute, de lévitation, qui doivent faire soupçonner une atteinte névritique.

Les troubles psychiques affectent l'humeur qui est variable. Le malade devient un *hyperémotif*, chez qui le pleurer et le rire alternent sans motif. L'exagération des réactions émotives fait de l'alcoolique un peureux, sujet à de vives frayeurs, origine de réactions de fuite ou de défense parfois dangereuses. L'irritabilité se manifeste par des crises de colère violentes pour des motifs futiles.

L'affectivité est également perturbée, l'alcoolique libère ses haines inconscientes, il se défait des inhibitions d'ordre éthique, c'est alors qu'apparaît la jalousie morbide, la jalousie incestueuse, les haines familiales, la perte du souci des convenances et de l'honorabilité ; la conscience de la déchéance est faible et laisse le buveur indifférent. Enfin la libération d'impulsions sexuelles perverses peut l'amener à la délinquance ; on sait la fréquence des attentats et des outrages à la pudeur chez les alcooliques chroniques. C'est ce que l'on a qualifié de démence éthique des alcooliques.

Fréquemment, on assiste à l'apparition d'un syndrome neurasthénique (Freyhau) : « Les malades se plaignent d'asthénie musculaire, de dépression intellectuelle, de céphalée,

de troubles digestifs. » (Triboulet et R. Mignot.) Cet état de dépression avec hypocondrie entraîne un accroissement des excès éthyliques, l'ingestion d'alcool, par son « coup de fouet », éloignant momentanément le sentiment pénible de dépression du buveur. Nous verrons l'importance de ces préoccupations hypocondriaques en envisageant la psychopathologie de l'alcoolisme chronique.

Les troubles intellectuels sont les moins apparents et les plus tardifs. Ils consistent en un « abrutissement » (Tardieu) progressif faisant prévoir la démence alcoolique. Les troubles de la volonté sont les plus tenaces ; ils sont la cause des récidives, mais s'ils sont une conséquence de l'alcoolisme, ils en sont également une cause, et nous entrevoyons ici l'un des cercles vicieux qui constituent la base de l'alcoolisme chronique.

A ces symptômes propres de l'alcoolisme chronique peuvent se joindre les signes d'une affection associée d'origine toxique aux différents stades de son évolution : une polynévrite, une cirrhose, une myocardite ou une néphrite, selon que l'alcool a lésé tel ou tel parenchyme. En général, rappelons que l'alcool comme la syphilis, se comporte comme un facteur de sclérose et de dégénérescence pouvant affecter la plupart des organes et donner une symptomatologie de détail plus ou moins complexe. Voyons maintenant quels mécanismes ont pu être invoqués et quelles notions nous pouvons en retenir.

3. - PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

Rappelons que les lésions anatomiques de l'alcoolisme chronique sont diffuses. Elles intéressent l'écorce et les méninges, lésions qui sont le plus anciennement connues, étudiées macroscopiquement par les auteurs classiques.

Plus récemment, on a précisé (Gamper, Okhuma) la nature de ces lésions et surtout l'on a mis en évidence, à côté des lésions corticales (Gilbert Ballet, Laignel-Lavastine) et céré-

belleuses, la fréquence des altérations des noyaux gris centraux (Neubürger, Cachione), du corps calleux (Ayala), des tubercules mamillaires, du système neuro-végétatif enfin (Guiraud). L. Bender et P. Schilder ont été amenés à distinguer cinq groupes d'encéphalopathies alcooliques: 1° la polio-encéphalite hémorragique supérieure de Wernicke ; 2° un syndrome cérébelleux ; 3° un syndrome catatonique ; 4° un syndrome délirant ; 5° un syndrome polynévritique associé à des signes variés de polio-encéphalite. Cette classification manque d'unité anatomique et clinique. Il s'agit en général de lésions nerveuses diffuses.

A côté de ces lésions nerveuses, il existe d'une façon presque constante des atteintes diverses des autres tissus : altérations du tube digestif (gastrite, ulcère), du foie (hépatite scléro-graisseuse ou cirrhose), des reins, de la rate et des glandes endocrines (Bertholet, De Quervain, Schmiergeld).

Les processus qui expliquent l'apparition de ces lésions sont extrêmement complexes et les nombreux travaux récents sur ce sujet ont montré de nouvelles difficultés dans la solution du problème.

La question de l'absorption et de l'élimination de l'alcool a été étudiée depuis longtemps par Nicloux et plus récemment par Widmark qui, en précisant les méthodes de dosage de l'alcool dans les liquides physiologiques, ont pu préciser les modes de son élimination. Nous envisagerons seulement les modifications observées dans l'élimination de l'alcool et sa distribution dans l'économie chez l'alcoolique chronique. R. Fleming et E. Stotz ont constaté, après une expérimentation rigoureuse, que la vitesse de disparition de l'alcool injecté dans les veines est la même chez les gros buveurs, les buveurs et les abstinents. La pénétration de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien (barrière hémoméningée pour l'alcool), serait en plus grande proportion chez les abstinents, mais la différence est faible et selon ces auteurs de signification douteuse. Dans une deuxième série d'expériences, l'alcool étant pris en ingestion, la teneur du

sang s'élève plus rapidement chez le buveur et décroît plus vite que chez l'abstinant, l'absorption et l'élimination seraient donc accélérées.

Ces deux séries d'expériences font discuter le rôle du facteur vasculaire et du facteur gastro-intestinal. Ce dernier aurait seul une importance notable. Ces expériences ont été reprises et confirmées par Tomescu et Dimolescu qui ont démontré en outre que la disparition de l'alcool du sang dans le delirium tremens peut ne pas dépasser une heure et demie, et que ces données s'appliquent aux pellagriques.

Pringsheim, dès 1908, avait montré que la teneur en alcool du sang des Rats accoutumés est plus élevée que chez ceux qui ne sont pas habitués ; il concluait à une faculté de détruire plus facilement l'alcool. Schweisheimer, chez l'homme, confirmait ces résultats. Faure et Løwe, chez le Lapin, constataient une élimination plus rapide de l'alcool après accoutumance. Par contre, Völtz et Dietrich, expérimentant sur le Chien, n'arrivent pas à une conclusion certaine. Plus récemment, Esparceil, recherchant l'alcoolémie et l'alcoolurie chez des buveurs et des abstinents après ingestion d'alcool, conclut à l'identité de la résorption et de l'élimination de l'alcool chez les abstinents et les alcooliques. Ce résultat s'oppose aux conclusions des auteurs que nous avons cités.

Certains auteurs ont recherché les modifications du métabolisme de l'alcool en cas d'intoxication concomitante. Chapeau a montré que si l'existence d'une néphrite provoquée chez le Lapin par le nitrate d'urane ne modifie pas sensiblement la vitesse d'oxydation, par contre, une hépatite provoquée par l'huile phosphorée perturbe considérablement le métabolisme de l'alcool.

La tolérance à l'alcool est extrêmement variable. Elle est essentiellement en fonction de la rapidité d'oxydation et d'élimination. Nous avons vu par l'expérimentation qu'il faut surtout envisager le facteur digestif dans la rapidité de l'élimination. Cette tolérance est donc plus grande chez

l'alcoolique chronique qui élimine plus rapidement l'alcool ingéré. Elle est fonction, semble-t-il, surtout de l'état du système hépato-digestif. On sait que les alcooliques peuvent présenter brusquement une intolérance à l'alcool en même temps qu'apparaissent des signes d'une déficience hépatique. Dans certains cas, on a pu supposer même l'existence d'un phénomène de sensibilisation, et Bonazzi l'a recherché par la cuti-réaction à l'alcool.

L'importance du facteur hépatique est connue depuis longtemps et Klippel a insisté sur le rôle qu'il joue dans l'éclosion des délires. Récemment, Cossa et Rougean ont supposé que la thérapeutique par la strychnine dont on connaît les résultats dans le traitement de l'alcoolisme, agit sur la déficience hépatique, et Vanier a montré la chute de la bilirubinémie au cours de ce traitement.

Les recherches récentes sur la pathogénie des polynévrites alcooliques que l'on trouvera résumées dans la thèse de Klotz ont fait admettre l'existence dans l'alcoolisme chronique d'un facteur essentiel, carence en aneurine, qui peut être due soit à une mauvaise hygiène alimentaire comme dans les cas de Minot et Strauss, soit à un défaut d'assimilation du facteur B₁ en rapport avec des lésions gastriques et hépatiques, et l'on a récemment insisté sur la valeur de ces lésions gastriques qui sont constantes chez les alcooliques. Le chimisme gastrique s'est montré perturbé chez les polynévritiques étudiés par Klotz. Chaque fois que nous avons pu l'étudier chez nos malades, nous avons également trouvé des altérations graves de la sécrétion gastrique.

L'alcool semble donc agir dans l'intoxication chronique en lésant le tube digestif, puis, secondairement, le système nerveux et les endocrines. Il agit également comme facteur de sclérose vasculaire.

4. - PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

ETAT MENTAL DU BUVEUR.

L'état mental du buveur subit de graves modifications sous l'influence du toxique. Magnan décrit ainsi les symptômes intellectuels : « Nous trouvons, dans l'alcoolisme chronique, « la mémoire affaiblie, le jugement moins sûr, incapable de « discernement, l'imagination éteinte, la faculté d'associa- « tion des idées très amoindrie n'empêchant plus l'incohé- « rence, la sensibilité morale enfin très émoussée.

« Apathique, indifférent, hébété, l'alcoolique chronique n'a « aucun soin de sa personne, ne prend nul souci de sa « famille, il a baissé dans toutes ses facultés intellec- « tuelles, morales et affectives, et se trouve livré sans défense « aux caprices de ses appétits instinctifs. C'est à ce moment « que l'on peut répéter le vieux proverbe « qui a bu boira » ; « le malade y est poussé de diverses manières, sans que la « raison apporte le contre-poids suffisant pour l'arrêter. Les « excès de boisson sont devenus une habitude ; incité, en « outre, par ses tendances hypocondriaques, le vieil alcoo- « lisé renouvelle ses excès, pour porter remède à ses maux, « reprendre des forces, faire cesser l'incommode pituite du « matin. Les résultats de cette médication ne se font pas « attendre; le malaise augmente, de là ce cercle vicieux d'où « ne sort le malheureux patient que pour tomber dans la « démence la plus absolue.

« Dans les dernières périodes, l'intelligence est frappée « de nullité, insensiblement toutes les saillies délirantes dis- « paraissent, les préoccupations hypocondriaques, tous les « troubles sensoriaux s'effacent peu à peu. Il survient par- « fois de la sensiblerie, tout comme chez les déments séniles « ou les apoplectiques, tout autant de symptômes qui sont « l'indice de lésions profondes. » Cette démence alcoolique progressive dont le début est annoncé par les troubles caractériels, affecte particulièrement le sens éthique, et nous verrons que cette diminution constante et qui peut donner lieu aux actes médico-légaux des alcooliques, se traduit dans le

délire par une obscénité et une immoralité caractéristiques des thèmes délirants les plus fréquents.

Chez le buveur, deux traits de caractère qui traduisent d'ailleurs les mêmes tendances, sont particulièrement fréquents : la jalousie morbide et les perversions de l'instinct sexuel. La jalousie morbide se manifeste par les suppositions, les soupçons, les enquêtes, enfin les scènes violentes où le buveur, qui a relevé et interprété des indices de son infortune conjugale supposée, parvient par la menace à obtenir de sa femme un aveu ; parfois, d'ailleurs, cette infortune est réelle et l'infidélité de la femme n'a pas été peu déterminée par l'attitude du buveur. Dans ce cas, les réactions violentes sont à redouter particulièrement, car l'alcoolique sait qu'il aura l'excuse de la motivation passionnelle. En réalité, la jalousie de l'alcoolique ne semble pas procéder de la passion car l'attachement affectif conjugal est le plus souvent faible, mais il faut plutôt chercher l'origine de ce sentiment dans une innéité paranoïaque. Les perversions psycho-sexuelles sont fréquentes. Le buveur se livre à des débordements sexuels ; souvent, il trompe cette femme dont il est si jaloux ; s'il avait une tendance perverse, il s'y livre sans retenue et la manifeste par l'exhibitionnisme ou les pratiques homo-sexuelles. En outre, on a pu voir chez des sujets ayant une sexualité normale, apparaître sous l'influence de l'alcool, diverses perversions et en particulier l'homosexualité (1). Mais il ne suffit pas de tracer un tableau clinique de l'état mental du buveur, il convient d'en faire une analyse plus structurale et de rechercher les processus psycho-

(1) Il s'agit, dans certains cas, d'une sorte de régression de l'instinct sexuel et d'une réapparition des tendances homosexuelles infantiles. Le buveur se comporte comme un individu qui n'aurait pas achevé son évolution sexuelle, celle-ci qui va du stade narcissique d'auto-érotisme infantile jusqu'au stade hétérosexuel, a pu être complète, bien que le conflit névrotique qui explique l'alcoolisme, paraisse souvent en rapport avec un arrêt de l'évolution. L'action de l'alcool peut faire apparaître chez des individus hétéro sexuels des tendances homo sexuelles, non par révélation de tendances refoulées, mais par régression vers un stade antérieur.

logiques en particulier qui conduisent à l'alcoolisme chronique.

LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DE L'ALCOOLISME.

De nombreux travaux récents ont étudié les circonstances, les incidents individuels ou familiaux qui peuvent avoir un rapport avec le développement de l'alcoolisme. Avec raison, on a insisté sur l'importance des conflits qui ont pu retentir sur l'affectivité et déterminer cette perversion de l'instinct nutritif qu'est l'usage immodéré, continu et dangereux des boissons alcoolisées. Pour beaucoup, l'alcoolisme peut être considéré comme une névrose ou une manifestation névrotique et il importe d'en rechercher les facteurs, de déterminer quels sont les conflits qui peuvent expliquer l'apparition de ce trouble.

Parmi les études systématiques, citons Hart qui, dans un travail récent, a remarqué que les buveurs sont le plus souvent des hommes ou des jeunes gens d'un âge où la lutte pour la vie est plus dure, ce qui semble corroborer l'hypothèse de l'alcoolisme, fuite des responsabilités, refuge de l'individu qui serait avant d'être un alcoolique, un déficient. Le même auteur a recherché les facteurs parentaux : dans un tiers des cas, il existait un alcoolisme paternel, dans les autres cas, le père était répressif, dur ou instable. Dans sept cas seulement sur trente, le père pouvait être considéré comme exempt de toute tare caractérielle. L'attachement au père est rare (deux cas seulement). Quant au facteur maternel, dans un tiers des cas, il existait un attachement assez profond pour justifier le terme de « fixation ». Sur vingt-sept cas que la valeur des informations permettait d'admettre dans cette étude, trois seulement montraient une mère normale, stable, bien adaptée et exerçant l'influence de sa personnalité sur les deux premières décades de la vie du malade. La vie conjugale des parents de ces buveurs montrait dans onze cas une discorde conjugale ayant abouti deux fois au divorce et dans un cas au meurtre du père. L'existence chez les collatéraux de tares mentales a également été notée :

débilité, irresponsabilité, sentiment d'infériorité, fanatisme religieux, perversions homosexuelles. Le défaut de sincérité de l'alcoolique empêche de préciser la valeur des facteurs infantiles. La vie sexuelle a paru troublée chez la plupart ; vingt malades sur vingt-trois avaient eu des incidents conjugaux, malheurs, séparation ou divorce. Il est très important de noter que pas un des trente malades de Hart ne pouvait être considéré comme autiste, introspectif ou intériorisé, dix présentèrent même une aptitude marquée à l'extériorisation, se faisant rapidement des amis. Chez tous, deux traits de caractère prédominaient : le défaut de personnalité, le désir de duper le médecin, afin de lui donner d'eux une bonne impression. Ils étaient peu affectés par les préoccupations parentales, et cherchaient à fuir toute responsabilité sociale, ce qui détermine pour une part leur orientation professionnelle vers la recherche du risque et de l'émotion et cette tendance au jeu s'accorde avec leur attitude envers la vie.

Frank J. Curran, étudiant cinquante cas d'alcoolisme féminin, trouve un fort attachement à un parent du même sexe, de fortes tendances narcissiques et des conflits intérieurs, causes de difficultés dans la vie sociale, tendances qui se traduisent par le contenu du délire de celles des malades qui en furent atteintes. Robert P. Knight considère l'alcoolisme comme un symptôme psychologique tendant à donner une solution à un conflit émotionnel sans que ce conflit présente de spécificité, ce qui explique la diversité de ce facteur. Si les traits superficiels du caractère des buveurs sont identiques : amabilité, insincérité, les conflits névrotiques sont extrêmement variables. Mais alors, pourquoi ce conflit se résout-il par l'intempérance au lieu d'un autre tableau psychiatrique ? Et pourquoi le malade continue-t-il à s'adonner à l'alcool qui, loin de résoudre le conflit, mène sa vie à la ruine ? C'est ici, comme le fait remarquer l'auteur, que l'on se heurte à un facteur inconnu que l'on peut supposer être la vie infantile ou l'hérédité.

Dublineau a recherché les principaux modes psychologiques qui conditionnent les habitudes alcooliques et il a été

amené à distinguer les alcooliques tolérants, alcooliques du travail ou parfois alcooliques du plaisir, qui deviendront des alcooliques d'hôpital (cirrhotiques ou polynévritiques), et d'autre part, les sujets prédisposés, rapidement intolérants qui sont des déficients psychiques, physiques ou mixtes. Parmi les déficients psychiques, sont les débiles et les pervers. Les premiers sont souvent des alcooliques par, entraînement, par suggestion d'autrui, les seconds ont souvent une perversion acquise selon leur genre de vie et la contagion du milieu. Les sujets qui présentent des déficiences physiques ou mixtes fournissent, pour Dublineau, le contingent des dysthymiques, des anxieux, des phobiques, des scrupuleux ; chez eux, il observe l'alcoolisme par désœuvrement et l'alcoolisme par compensation. Dans ce dernier mode, il y a lieu d'envisager tous les facteurs étudiés par les psychanalystes et les écoles qui ont subi leur influence comme celle de l'Individualpsychologie d'Adler.

Ces dernières écoles donnent aux processus psychogéniques de l'alcoolisme chronique un rôle très étendu, fondamental. Ainsi, pour Adler, l'alcoolisme, comme d'ailleurs le crime, et toutes les activités antisociales, n'est qu'une manifestation d'un état névrotique (1) provenant d'un conflit entre la situation réelle du sujet et ses aspirations dont la névrose constitue une réalisation fictive. Pour Adler, il s'agit de réaliser une idée de supériorité, de primauté sur les autres individus, et le buveur cherche à être le premier parmi les buveurs ;

(1) Adler insiste sur le mécanisme de la compensation dans les états névrotiques, notion reprise en France par Claude et Montassut, Mignard, dans l'explication des thèmes de certains délires où l'élément imaginaire est important. Pour Adler, la névrose est due à un conflit en rapport avec l'état d'infériorité réelle du sujet ; cet état est une source de conflit avec la tendance de l'individu vers un « accroissement de sa puissance et de sa sécurité ». Cette théorie exprime une donnée du sens commun qui a toujours paru, peut-être à tort, évidente. En effet, il ne nous semble pas certain que le moteur des actions humaines se résolve en ce but de puissance et de sécurité. Classer dans la névrose tout ce qui est contraire à ce but est une attitude *a priori* qui nous semble bien diminuer la valeur de cette théorie simple, mais trop artificielle.

ceci serait prouvé par le fait que le buveur accepte, au cours de la psychothérapie, d'échanger cette supériorité fictive contre une supériorité morale ou professionnelle.

L'école psychanalytique, avec Freud, Abraham, Ferenczi, insiste sur les facteurs infantiles, en particulier le renforcement de la zone érogène orale par l'allaitement chez le nourrisson. C'est ce renforcement qui déterminera ultérieurement un goût particulier pour les baisers chez l'enfant, et chez l'adulte ce sera un puissant motif pour boire et fumer. Ces auteurs insistent donc sur l'importance des pulsions orales chez l'individu qui deviendra ensuite un buveur (1). Un autre point est le rôle spécial de l'alcool vis-à-vis des processus de sublimation : le refoulement sexuel repose sur la force sociale répressive, l'alcool anihile les refoulements et les diversions qui permettent à l'homme de sublimer ou de réprimer ses pulsions sexuelles anormales, et l'on voit se produire, dans les cas où l'alcool a anéanti cette censure, les divers actes pervers, incestueux et homosexuels. Stekel considère l'alcool à faible dose comme un agent libérateur des représentations éthiques de réfrènement et un excitant sexuel; à dose forte, au voisinage de l'ivresse, il libère les « paraphilies ». Pour cet auteur, le buveur ne recherche pas l'ivresse par goût, mais par besoin de dominer les émotions nées des conflits insupportables avec les représentations de réfrènement. Juliusberger a attiré l'attention sur le rapport qui existe entre l'ivrognerie solitaire et l'autisme qui est une manifestation narcissique. Vera Strasser a particulièrement étudié le substrat narcissique de la

(1) On en trouve un bon exemple dans l'analyse du malade Julien rapportée par Odier. Ce dipsomane présentait dans l'enfance une « cleptomanie orale » ayant succédé à l'arrêt de la masturbation et se traduisant par une impulsion irrésistible à la boulimie ; parmi les objets volés, ce malade avait une élection spéciale pour les « choses à sucer » appartenant à sa mère. Il faut voir là un retour au stade de l'allaitement maternel avec identification des objets au mamelon maternel. Ce retour explique la dipsomanie, et Odier note un détail significatif : « Au café, Julien ne boit pas, mais il suce ses boissons. Il « s'absorbe » dans son verre, lequel « fait corps avec lui », dans un état de recueillement et de volupté. »

psychologie du buveur. Ce narcissisme, selon Sadger, ouvre la voie vers l'homosexualité par le processus suivant : le sujet souffre de la séparation de la mère, il est déçu dans l'amour qu'il éprouve pour elle et il s'identifie avec la mère, identification qui est refoulée comme homosexuelle (1). Kielholz insiste sur le caractère homosexuel des mœurs des alcooliques, la recherche de la fréquentation des autres hommes. P. Schiff a exprimé la même conception dans son rapport sur la paranoïa : « On a remarqué, il y a longtemps, « que chez beaucoup d'alcooliques, ce qui les attirait dans « la vie de café c'était moins la présence du toxique que « celle des compagnons du même sexe. Ils y vont pour trou- « ver de l'alcool, disent-ils, en réalité des amis, et plus pro- « fondément pour fuir la relation hétérosexuelle. » Kielholz voit dans cette homosexualité une explication de la jalousie pathologique des buveurs : l'alcoolique soupçonne sa femme d'entretenir des relations avec les hommes dont il recherche lui-même l'amitié. Les ivresses, au cours de certaines analyses de Weyl, se sont présentées comme des tentatives de suicides partiels régulièrement répétées. Cette notion des tendances auto-destructrices de l'alcoolique et du toxicomane, a toujours été très répandue ; Weyl l'exprime en considérant l'alcoclisme comme une névrose sociale et rituelle dont les composantes biologiques sont le désir de mourir et l'obsession de la répétition. Le mérite de l'école psychanalytique est d'avoir exprimé des notions générales implicitement connues et partiellement exprimées sous la dénomination d'alcoo- lisme par gourmandise, indifférence sexuelle et perversions des buveurs, enfin tendances au suicide des alcooliques. Ces troubles avaient depuis longtemps été attribués à une per- version des instincts, mais au lieu d'être la cause de l'alcoo- lisme, celle-ci en était considérée comme une conséquence.

(1) Ce processus ainsi décrit par Weyl : « L'alcool sert à liquider le conflit d'Œdipe au stade oral de l'évolution de la libido. Grâce à ses vertus chimiques, l'alcool représente symboliquement aussi bien le père que la mère. Le père est supprimé d'une manière cannibalistique et en même temps, il y a identification avec lui et prise de possession de la mère par introjection. »

Dans le déterminisme psychologique de l'alcoolisme, il faut considérer de multiples facteurs, nous les envisagerons brièvement en essayant de mettre un peu d'ordre dans les acquisitions précédentes que nous avons exposées ci-dessus. Nous envisagerons : les facteurs sociaux (1), les facteurs familiaux et les facteurs individuels.

Parmi les facteurs sociaux, il faut considérer la race, le pays d'origine, la religion de l'individu. Il est banal de constater que l'alcoolisme est la règle dans certaines régions, certains pays, et il semble que le fait d'habitudes générales, de coutumes, explique en partie le comportement vis-à-vis de l'alcool des individus qui font partie de certaines collectivités. Par contre, il est des pays où l'alcoolisme est plus sévèrement prohibé, où il existe des prohibitions religieuses (religions sémitiques) ; dans ce cas, l'alcoolisme dénote chez l'individu un état anormal, un comportement qui n'est pas conforme à la société dont il fait partie. Les anomalies psychiques se traduisent aussi bien par une abstinence insolite dans les pays où l'usage de l'alcool est général. Il s'agit là d'anomalies de comportement, mais qui n'ont pas, dans ces deux cas, les mêmes conséquences. L'influence des événements est évidente et il est peu de pays où les faits importants ou même leur commémoration ne soient marqués par des libations. De même, les troubles sociaux (guerres, révolutions, grèves) sont pour l'individu des occasions d'excès éthyliques par entraînement, exemple, besoin d'excitation ou d'oubli. Parmi les facteurs sociaux, il faut envisager la classe sociale du buveur. Les processus psychologiques qui conduisent à l'alcoolisme ne sont pas les mêmes selon les classes sociales. On connaît l'alcoolisme mondain (Guillain), qui est surtout dû aux cocktails, au porto, l'alcoolisme dû à l'eau de mélisse, et d'autre part l'alcoolisme qui est la règle dans certaines catégories sociales au point que l'on puisse parler d'alcoolisme professionnel ou d'alcoolisme du travail. Les habitudes alcoo-

(1) Les facteurs sociaux ne sont pas envisagés ici en tant que phénomènes sociologiques, mais comme facteurs en rapport avec la psychologie individuelle.

liques se voient à tous les niveaux sociaux avec des modalités différentes (1), mais les conditions psychologiques de leur apparition sont relativement semblables. Cependant, il est intéressant de constater avec Rallu les variations de l'alcoolisme selon les conditions économiques. Beaucoup de buveurs, en effet, doivent leurs habitudes à une consommation d'alcool luxuaire exagérée, en rapport avec une augmentation de leurs ressources ; leur intempérance est un moyen d'ostentation de ces ressources et ceci explique l'accroissement du nombre des alcooliques qui a suivi l'augmentation des salaires pendant ces dernières années, l'augmentation du salaire portant ici comme le démontre Rallu, non sur la consommation de base, mais sur la consommation de luxe (2). Le rôle de la profession est à juste titre considéré comme important parmi les facteurs psychologiques de l'alcoolisme. Certaines professions en font une obligation pour leur praticien ; il en est ainsi des marchands de vin et des représentants de commerce, et ceux qui vivent de l'alcoolisme en sont les premières victimes. En outre, certaines coutumes professionnelles conduisent à l'alcoolisme, ainsi l'habitude de boire après la conclusion d'un marché ou pendant sa discussion ; l'alcoolisation

(1) Dans une thèse un peu naïve, M. Brody de Lamotte opposait l'alcoolisme par le vin du buveur des classes populaires à l'enivrement que procurent les distractions mondaines à l'aristocratie, et... la fumée de tabac à l'intellectuel. Ces derniers sont victimes aussi bien de l'alcoolisme que les premiers, mais le mode, le lieu, les heures d'imbibition seuls diffèrent, ce qui explique dans une certaine mesure les caractères de l'alcoolisme mondain. Quant à l'alcoolisme des intellectuels, c'est une question trop bien connue au point de vue historique pour que nous insistions sur son existence.

(2) La statistique commentée de Rallu montre, par la comparaison de l'indice du coût de la vie, de l'augmentation du salaire et de l'extension de l'alcoolisme, que celui-ci est en rapport avec un accroissement des salaires, notion qui paraît s'opposer radicalement à l'ancienne notion de l'alcoolisme comme conséquence de la misère. Ces deux notions nous semblent cependant conciliables : l'alcoolisme apparaîtrait comme un signe de la désadaptation sociale qui peut être produite aussi bien par une diminution que par un accroissement exagéré des salaires. Nous rapprochons de cet ordre de fait la cohésion sociale par laquelle les sociologues expliquent les variations de la fréquence des suicides.

devient ici un rite obligatoire : l'homme d'affaire doit présenter une accoutumance qui lui permet de supporter mieux l'intoxication que son interlocuteur et de remporter l'avantage. Cette accoutumance dont s'enorgueillit la victime est souvent considérée comme un élément important de la valeur professionnelle, un objet d'envie et d'admiration de la part du client qui se trouve ainsi placé dans une utile condition d'infériorité. Les coutumes d'alcoolisme sont attachées à certains corps de métier dont les membres sont éduqués dès leur apprentissage. L'apprenti devient un buveur par le mécanisme de l'imitation, de l'entraînement et de l'ostentation, c'est-à-dire par un processus d'identification à la personne adulte qui serait pour les psychanalystes, l'imgo du père.

Si nous envisageons maintenant les facteurs familiaux (1), nous voyons la fréquence des conflits, des anomalies, des incidents de toutes sortes dans les familles de buveurs. Nous avons vu ci-dessus la variété extrême de ces facteurs parentaux : le plus souvent, il y a peu d'attachement ou même une haine pour le père, malgré le désir d'identification mis en lumière par les psychanalystes. Cette tendance à l'identification explique l'alcoolisme par imitation des enfants des buveurs ; elle explique aussi la compensation qui peut les conduire à l'abstinence et au prosélytisme pour la tempérance (2). De toute manière, l'ivrognerie du père est le facteur déterminant d'une attitude ou d'imitation ou de répulsion, mais exclusive de l'indifférence. Cette attitude est inspirée par les anomalies qui, en outre de l'alcoolisme, peuvent se voir chez le père du buveur. L'attachement à la mère est beaucoup plus fréquent, il est souvent assez important pour prendre la valeur d'une « fixation ». Dans certains cas, le buveur est resté à un stade infantile d'attachement à la mère et ses habitudes ne sont que la reproduction des habi-

(1) Nous entendons ici les facteurs psychologiques en rapport avec l'état et l'histoire familiale dans leur action sur la vie du sujet ; il n'est pas question d'hérédité.

(2) G. Heuyer et Dublineau signalent les campagnes prohibitionnistes d'Upton Sinclair, réaction contre l'alcoolisme paternel.

tudes orales infantiles; dans d'autres cas, il s'agit d'un mécanisme de compensation du conflit névrotique soulevé par le mode d'existence anormal par persistance du lien maternel. Chez d'autres, il existe une haine de la mère, haine qui peut en réalité dissimuler une fixation inconsciente que le rêve ou le délire peuvent mettre en évidence (1). Les anomalies caractérielles chez la mère sont fréquentes (2) et elles sont la source de traumatismes psychiques infantiles. Il en est de même de la vie conjugale des parents qui présente dans la majorité des cas des incidents : discordes, divorce, suicide de l'un des conjoints. Ces incidents sont encore la source de fixations paternelles ou maternelles et par analogie elles peuvent amener le sujet à des attitudes particulières vis-à-vis de la vie sexuelle dont l'alcoolisme peut devenir une compensation. Dans sa vie familiale, le buveur présente en règle des anomalies, cause de conflits importants. La conséquence en est la fréquence du divorce ou de la séparation. L'adaptation à la vie conjugale serait rare, selon Hart. Quand cette adaptation est possible, elle est hachée de discordes, de scènes violentes, de sévices; assez souvent, il s'établit un lien sado-masochiste qui explique l'attachement de certaines femmes d'alcooliques (3). Les conflits conjugaux, comme d'ailleurs les déboires amoureux, sont souvent invoqués par les buveurs comme une excuse inspirée par le désir d'attirer la sympathie en faisant oublier la désagréable réalité. Malgré leur fréquence, ils ne sont pas plus une conséquence qu'une cause de l'alcoolisme, mais ils relèvent d'une même motivation inconsciente. Vis-à-vis de ses enfants, le buveur est en général relativement indifférent et tend à négliger leur éducation. Ce-

(1) Ainsi dans notre observation II.

(2) Hart ne relève dans son étude de 30 buveurs que 3 cas où la mère avait des relations normales, stables, et exerçait l'influence de sa personnalité. Cet auteur conclut que la normalité des relations du sujet avec la mère a une influence capitale sur l'évolution de l'alcoolisme.

(3) Selon Kielholz, il s'agirait de filles d'alcooliques qui ont trouvé ainsi la réalisation du lien sado-masochiste avec l'imgo du père. Ce sont ces femmes qui font sortir leurs maris de l'asile avec persévérance malgré les violences qu'elles subissent.

pendant, on relève chez beaucoup d'alcooliques une affectation mensongère de dévouement ou de sacrifice contrastant avec l'égoïsme véritable. Est-ce en raison de cette attitude égotiste qu'il faut considérer le soin avec lequel certains buveurs surveillent la vie sexuelle de leurs enfants ? Peut-être est-ce dans ce sentiment que se trouve l'origine de la jalousie qu'ils montrent à ce sujet. Il n'est pas rare d'ailleurs d'observer une fixation érotique sur les enfants, parfois consciente en raison de la libération des instances répressives éthiques. Les anomalies dans la structure de la famille de l'alcoolique montrent un caractère général qui est un défaut de cohésion, une tendance à la dissociation qui traduit la tendance du buveur à la fuite des responsabilités sociales.

Parmi les facteurs psychologiques proprement individuels, il faut envisager la constitution, les facteurs conscients et les facteurs inconscients. L'étude de la constitution des alcooliques a préoccupé de nombreux auteurs et fait l'objet de travaux récents. Kretschmer, qui établit la correspondance de la morphologie avec les traits caractériels, constate que les alcooliques pykniques, de caractère syntone, constituent le groupe des buveurs « bons vivants », de beaucoup le plus important. Les types schizoïdes semblent présenter d'une façon générale moins de disposition pour l'alcoolisme, et chez eux, cette intoxication accentue le caractère irritable, misanthrope, violent et antisocial. Toutes les statistiques tendent à montrer la prépondérance générale de la constitution cyclothyme; cependant, parmi les alcooliques qui deviennent délirants, il existerait une plus grande proportion de schizoïdes. Le mode d'alcoolisation de ces deux catégories de buveurs est différent : le cyclothyme boit lors de ses périodes d'excitation ou de dépression, et l'alcoolisme a pu être considéré comme un symptôme de ces variations de l'humeur ; quant au schizoïde, il boit souvent seul afin de trouver la force de fuir son isolement par une stimulation qui relève sa tension psychologique et lui permet d'entrer en contact avec ses contemporains. Cette explication due à Pierre Janet

nous semble bien rendre compte du processus d'alcoolisation de certains psychasthéniques timides, abouliques, scrupuleux, qui répondent cliniquement à la description des schizoïdes de Kretschmer. A la notion de constitution, il faut rattacher les types réactionnels qui, selon Rédalié, peuvent être ramenés à cinq : schizoïde, cycloïde, hystéroïde, épileptoïde, type réactionnel de Bonhoeffer. Nous avons vu les deux premiers ; le type hystéroïde qu'il faut rapprocher de la constitution mythomaniacale de Dupré, est caractérisé par la suggestibilité et la disproportion des réactions affectives. Le type épileptoïde (constitution glischroïde de Minkowska) se distingue par la viscosité, la lenteur des réactions, une cohésion marquée avec tendance à la visualisation, enfin la possibilité d'explosions affectives sous forme d'impulsions. Le type réactionnel de Bonhoeffer, qui peut être rapproché de la notion de débilité mentale, est caractérisé par l'aptitude aux tableaux délirants hallucinatoires, aux accidents épileptiformes ou stuporeux ; c'est en somme une constitution où domine la fragilité mentale qui se traduit par des manifestations délirantes à l'occasion de causes variées (infections et intoxications).

Parmi les facteurs psychologiques de l'alcoolisme, il en est de conscients. Le plus souvent, il s'agit d'un sentiment d'infériorité : le buveur n'a pu réaliser ses buts ambitieux, il a échoué ou après avoir réussi, il a eu des revers ; c'est là une cause fréquente de l'alcoolisme. Souvent aussi, il s'agit de déceptions sexuelles ou sentimentales, d'incidents pénibles que le sujet cherche à oublier dans l'ivresse. Ces sentiments qui sont les motivations conscientes de l'alcoolisme ont toujours un caractère dépressif, ils traduisent un sentiment d'impuissance, de diminution, ou un sentiment d'incomplétude. L'alcool est alors recherché dans un but d'excitation intellectuelle et surtout affective. Le buveur prend ainsi le sentiment d'une deuxième personnalité plus riche, plus expansive, plus indifférente aux soucis réels qui entravaient son essor. La recherche de l'intoxication peut avoir pour but le relâchement des inhibitions éthiques ou éducatives chez un

individu qui se propose une activité anti-sociale ou prohibée par la morale sexuelle en particulier.

Il existe également des facteurs psychologiques qui n'arrivent jamais à la conscience de l'individu si ce n'est dans les rêves ou le délire. Nous avons vu ci-dessus comment l'école psychanalytique envisage ce problème. Parmi ces facteurs inconscients, il faut citer les pulsions narcissiques par régression de la libido au stade oral, et les pulsions homosexuelles. D'une façon générale, ce sont des états de régression survenus à la suite de traumatismes affectifs divers qui expliquent les tendances du buveur.

LES TYPES PSYCHOLOGIQUES DE BUVEURS.

On peut isoler artificiellement plusieurs types psychologiques de buveurs qui répondent d'ailleurs aux conceptions modernes du caractère. Sans dissimuler ce qu'il y a de temporaire dans ces classifications, nous essaierons de dégager les principaux traits de quelques types de buveur. En particulier, il faut distinguer dès l'abord, les individus qui ont bien résisté à l'intoxication de ceux qui en subissent davantage les effets. On peut considérer les premiers comme des types répondant au début de l'alcoolisme, les autres se présentent à un stade plus avancé; en effet, alors que la première catégorie est représentée par des individus souvent jeunes, c'est lorsqu'ils ont passé la quarantaine que l'on voit en général les seconds. Nous distinguerons donc le petit alcoolisme et le grand alcoolisme ou alcoolisme chronique.

Le petit alcoolisme. — L'alcool se comporte à ce stade comme un révélateur du caractère. On serait tenté de classer les malades en cyclothymes syntones et en schizothymes. Sans s'écarter beaucoup de cette conception dualiste du caractère, on peut admettre : des buveurs sans tare caractérielle, des buveurs qui réagissent par des anomalies du caractère qui se révèlent dans leur sociabilité.

Beaucoup de buveurs sont de petits alcooliques qui ne présentent à cette période qu'une exaltation au moment des

excès, mais c'est une exaltation de leur sociabilité, ils sont enjoués, ils aiment à rire, plaisanter, ils ont beaucoup d'amis et boivent en leur compagnie. Ils ne sont « jamais ivres ». C'est là essentiellement *l'alcoolisme social*, alcoolisme mondain ou professionnel que l'on excuse généralement en raison de la sympathie, voire de l'admiration qu'attirent à eux ces buveurs de bonne compagnie. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que c'est chez ceux-ci que l'évolution signalée par Hart est le plus caractéristique : après un stade d'alcoolisme social, survient un stade dipsomaniaque (1) où le buveur ne résiste plus à l'entraînement ; il boit sans mesure, les ivresses deviennent fréquentes, il y a déjà un affaiblissement de la volonté, et cette phase annonce le stade d'alcoolisme chronique.

Dans une autre catégorie d'individus, moins nombreuse, l'alcool révèle les tares caractérielles. C'est le plus souvent un individu qui boit seul ou avec des comparses de rencontre qu'il ne tient pas à connaître davantage. Les ivresses sont souvent anormales, violentes, suivies d'amnésie ; elles atteignent un degré généralement inconnu du buveur de bonne compagnie. Elles sont suivies de remords, de sentiment de déchéance. Enfin, les excès sont irréguliers, ces buveurs demeurent parfois abstinents quelque temps jusqu'à la survenue irrésistible de nouveaux excès. Ces buveurs solitaires, irascibles, violents, montrent ainsi une prédisposition certaine à la psychopathie. Ce sont des débiles mentaux, des paranoïaques, des schizoïdes, des obsédés, qui vont présenter une tendance aux bouffées délirantes et aux actes absurdes, aux interprétations, à la dissociation, à l'obsession. Selon le mécanisme signalé par P. Janet, ces derniers malades recherchent dans l'alcool un excitant qui leur permette de surmonter la baisse de la tension psychologique qui leur rend diffi-

(1) Ce stade dipsomaniaque n'a aucun rapport avec la dipsomanie des auteurs français ; celle-ci est en rapport avec une impulsion irrésistible. Au stade dipsomaniaque, il ne s'agit que de défaut de contrôle, d'acte irréfléchi, non critiqué, sans lutte anxieuse.

cile un comportement social normal. Les classiques « dipso-manes » en constituent peut-être les cas extrêmes. Soumis à d'irrésistibles impulsions à boire, celles-ci ont pu être considérées comme le résultat d'épisodes dépressifs chez des cyclothymes, mais le processus de la psychasthénie rend mieux compte de ces faits.

Le grand alcoolisme. — Au stade d'imprégnation profonde le buveur est tombé entièrement au pouvoir de l'alcool, la résistance au toxique est très diminuée. Ce qui prédomine alors, ce sont les troubles de l'alcoolisme qui a effacé tous les traits, toute l'originalité caractérielle; quelle que soit leur constitution et leur caractère, les grands alcooliques se ressemblent étrangement comme si le toxique leur avait imposé une deuxième personnalité. Sans refaire le tableau de l'alcoolisme subaigu, il faut rappeler l'irascibilité, la jalousie, la diminution éthique et affective des individus, leur propension aux hallucinations nocturnes de l'onirisme et la constance du sujet de leurs cauchemars professionnels et zoopsiques. Il semble que l'on atteigne ici un niveau singulièrement uniforme de dissolution de la vie psychique, chez des individus primitivement bien dissemblables, ce qui semble montrer la profondeur, la gravité de l'atteinte des fonctions mentales.

5. - LES DELIRES ALCOOLIQUES SUBAIGUS

Chez l'alcoolique chronique, à l'occasion d'excès plus massifs ou d'un abaissement du seuil de tolérance en rapport avec une cause pathologique on voit apparaître des délires subaigus. Ces accidents, qu'il faut bien distinguer des ivresses, sont caractérisés par un phénomène fondamental, l'onirisme.

CONFUSION ET ONIRISME.

Les états confusionnels d'origine alcoolique ont été longuement décrits et nous ne reviendrons pas sur les descriptions cliniques des états subaigus. Nous rappellerons que Lasègue

a insisté sur le caractère spécial de ces états délirants et sur le fait « que le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve » ; c'est ainsi qu'il intitulait une de ses communications. Régis a repris et développé la même idée en donnant à ce délire particulier le nom de délire onirique. Il le décrit ainsi : « Le délire est dans toute l'acception du mot un délire de rêve, d'où le nom de *délire onirique*, déjà presque courant, que je lui ai attribué. Il naît et évolue, en effet, dans le sommeil ; il est constitué par des associations fortuites d'idées, par des réviviscences hallucinatoires d'un âge et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale ou professionnelle, par des combinaisons d'événements étranges, impossibles, éminemment mobiles et changeants, ou doués au contraire d'une certaine fixité, qui s'imposent plus ou moins à la conviction. »

Les rapports de la confusion et de l'onirisme sont très discutés : pour les uns, il y a coexistence, lien de causalité pour les autres. Cette distinction est intéressante au point de vue de la psychopathologie des états subaigus et de leur psychogénèse.

Pour Delmas l'onirisme est un délire hallucinatoire apparaissant sur un fond de confusion mentale. Selon Lépine la confusion mentale est un état de demi-sommeil, de cauchemar dont le délire onirique n'est que le développement. Pour G. Dumas, l'agitation de l'onirique est en rapport avec la confusion mentale. Au contraire, R. Charpentier reprend l'opinion de Régis : « L'une des formes des psychoses toxiques la plus typique est essentiellement composée de deux éléments : un élément *confusion* et un élément *délire*, associés le plus souvent en proportions diverses, mais susceptibles de se présenter *isolément* au point de donner lieu à deux variétés distinctes de la maladie. » Ce point de vue est partagé par Chaslin qui admet que l'onirisme, comme l'excitation, est un symptôme qui peut apparaître seul, sans aucune confusion. C'est également l'opinion de Klippel et Trénaunay. Et R. Charpentier insiste sur l'absence fréquente de toute amnésie dans le délire onirique, ce qui exclut l'hypothèse d'une con-

fusion. D'ailleurs il n'y a pas de trouble véritable de l'attention qui est toute occupée par les phénomènes hallucinatoires accompagnés de réactions hyperémotives. Faut-il admettre avec Ségla que l'hallucination est le pivot, le fondement du délire ? ou même avec Bianchi que la confusion est secondaire à l'hallucination. Charpentier s'en tient à admettre que la confusion et l'onirisme sont deux manifestations psychopathologiques caractéristiques des états toxi-infectieux, d'étiologie commune mais constituant deux variétés distinctes.

Nous insisterons sur quelques caractères de ces états subaigus, qui présentent un intérêt particulier pour le sujet de notre étude. Régis insistait sur la nature de l'onirisme qu'il comparait au sommeil hypnotique et sur la suggestibilité et l'aptitude particulière des individus en état d'imprégnation à subir le sommeil hypnotique alors que cette aptitude disparaît avec le facteur toxique. Il semble que l'on peut rapprocher de ce fait les phénomènes bien connus de suggestibilité hallucinatoire des alcooliques décrits sous le nom d'hyperesthésie corticale par Cololian et Rodiet : l'alcoolique subaigu voit courir les animaux qu'on lui présente sous la table ou dans un coin obscur de la pièce, il prend les fils qu'on lui tend. Ces faits, d'observation courante, rappellent les suggestions hallucinatoires provoquées dans le sommeil hypnotique et Régis a pu rapprocher ces « états seconds » du délire onirique.

ONIRISME ET SOMMEIL.

D'autre part, n'y a-t-il pas dans l'alcoolisme subaigu des troubles du sommeil sur lesquels ont insisté Lasègue, Lentz et Legrain qui considèrent la perte du sommeil comme un des symptômes cardinaux de l'intoxication profonde. Dans un article récent A.-L. Epstein analyse les troubles du sommeil constituant le syndrome agrypnique subaigu de l'alcoolisme. Il constate l'existence de deux stades : la perte relative du sommeil et la perte absolue du sommeil. Dans la première étape l'alcoolique présente une atteinte des différentes phases :

la fatigue du sommeil (Schlafmudigkeit) est atteinte, l'alcoolique ne peut pas s'endormir, bien qu'il éprouve toujours cette fatigue qui précède le sommeil; on peut l'opposer au maniaque qui ne veut pas dormir alors que l'alcoolique ne peut pas dormir malgré le besoin qu'il en éprouve.

L'endormissement (Einschlafen) est allongé ou écourté. C'est la période hypnagogique où peut exister un mentisme particulier. Cette période est caractérisée par son début coexistant avec la fermeture des yeux et l'évanouissement des tableaux hypnagogiques lors de leur ouverture. Ces tableaux ont une mobilité cinématographique, ils sont parfois de petites dimensions, quelquefois ce sont des mosaïques plus ou moins régulières, souvent richement colorées. Ces visions se transforment, elles sont métamorphiques. Les caractères des troubles de l'endormissement permettent de prévoir l'onirisme qui semble s'en rapprocher plus encore que de la phase suivante, le premier sommeil. Celui-ci est traversé de rêves nombreux et prédominants, ils sont la frontière du délire de l'alcoolique.

Le réveil est également perturbé, il est plein des visions de la nuit dont les souvenirs persistent dans leurs moindres détails alors que le réveil normal efface et déforme rapidement le souvenir du rêve.

Dans le deuxième stade, la perte absolue du sommeil peut durer plusieurs jours, elle se continue directement par l'endormissement de la conscience qui caractérise le délire de l'alcoolique subaigu.

ONIRISME, REVE ET REVASSERIE.

Les états oniriques ont été également rapprochés du rêve et de la rêvasserie avec lesquels ils présentent des caractères communs ainsi définis par Delmas :

1° Altération de l'état synthétique de l'esprit (Régis). Cette altération est expliquée par Delmas par « l'incomplétude ou l'absence du centre O de Grasset ». Nous n'insisterons pas sur cette interprétation fondée sur une hypothèse surannée.

2° Persistance de « l'activité polygonale ou exaltation de cette activité par absence de l'inhibition du centre O ». Delmas envisage une sorte de libération d'une composante inférieure par endormissement du centre supérieur d'où un vagabondage dans l'espace et le temps de ce facteur inférieur. Et il explique ainsi le fait, sujet à de multiples discussions : que sans confusion il ne peut exister d'onirisme. Dans la rêverie, la suspension de la fonction psychique est volontaire, dirigée ou acceptée par le sujet, elle est transitoire, alors que, dans l'onirisme il s'agit d'un état pathologique qui s'impose brutalement au malade. Mais il existe des formes de passage qui sont les états de rêveries observées dans les états de fatigue.

Nous retiendrons que l'onirisme, le rêve et les états de rêverie présentent entre eux des ressemblances manifestes explicables par la prédominance, dans ces divers états, des éléments imaginatifs sur les éléments intellectuels : le rêve, comme la rêverie, et d'ailleurs l'onirisme, sont généralement peu organisés; ils n'ont pas de systématisation logique et leur orientation imaginative semble être donnée par l'état affectif sous-jacent qui reste le plus souvent dans le domaine du subconscient. Les productions imaginatives n'en sont que la traduction souvent symbolique et déformée par les inhibitions qui prennent une plus grande importance dans la rêverie, endormissement de la conscience relatif et volontaire, que dans le rêve et l'onirisme.

Cependant, les frontières sont loin d'être nettes entre l'onirisme, rêve du malade en état de confusion et les états de rêverie qui succèdent à la confusion en particulier dans certains cas que les auteurs allemands assimilent à la schizophrénie et qui ont pu être considérés comme des psychoses post-oniriques. Tel est le cas rapporté et analysé par Schlesinger où la rêverie succède à l'onirisme par des transitions insensibles et où la prédominance de l'imagination amènera le malade à un symbolisme avec coexistence de croyances délirantes reposant sur des homonymies. Nous rapportons chez le malade Paul, de l'observation XI, des phénomènes

identiques que nous analysons dans la discussion de cette observation.

LA PHASE DE REVEIL DU DELIRE ONIRIQUE (Régis).

De même que les troubles qui annoncent l'entrée dans l'onirisme et qui constituent le syndrome agrypnique nous semblent importants dans l'étude des psychoses, les phénomènes que l'on observe au décours de l'accès de confusion onirique ont une importance capitale pour la compréhension en particulier des délires post-oniriques. Cette phase a été décrite magistralement par Régis. C'est la phase de réveil du délire onirique. C'est une période de transition qui peut être allongée et où le délirant « reste suspendu entre l'erreur et la réalité ». Elle n'est que l'exagération de l'illusion extrêmement fugace de la continuation du rêve après le réveil normal. Cet état de transition dans le délire onirique peut être allongé au point de durer plusieurs jours ou plusieurs semaines. Il faut décomposer cette phase de réveil en trois temps :

1° Dans un premier temps la conviction reste entière, le sujet a la « sensation même de la réalité » du rêve hallucinatoire. Cette conviction est telle qu'elle entraîne des actes et des attitudes en rapport avec le contenu du rêve.

2° Le temps d'hésitation et de doute où la résistance du malade à l'argumentation du médecin et de l'entourage faiblit, en particulier sous l'effet des témoignages de personnes que le malade sait avoir assisté à la scène hallucinatoire et dont ils ont parfois été les acteurs; c'est une période d'hésitation car la conviction délirante disparaît par oscillations : « Le malade peut accepter, admettre, qu'il a été atteint de troubles morbides;; puis quand la suggestion cesse il revient à sa conviction première ou doute de la bonne foi de l'entourage.

« Un matin, le malade accepte la rectification ; il avoue s'être trompé, avoir été le jouet d'une illusion, d'une fan-

« tasmagorie, d'un rêve; il déclare ne plus ajouter foi à tel événement, à telle mort qu'il sait imaginaire.

« Quelques heures après, il croit de nouveau à la réalité de cet événement, de cette mort, et on ne parvient pas à le détromper.

« Ce balancement mental peut se renouveler successivement, à plusieurs reprises. Il paraît dû plutôt à l'influence suggestive de récidives oniriques, ressuscitant chaque fois dans la conscience le fait déjà reconnu faux, qu'à l'alternance dans l'esprit du sujet de raisonnements sains et de raisonnements morbides » (Régis).

3° L'abandon de l'erreur est la troisième phase. Elle est souvent rapide, presque instantanée. C'est le dénouement de l'épisode délirant, il est amené souvent par le témoignage de personnes liées affectivement au malade, d'un parent, d'un ami; c'est l'apparition d'une personne supposée morte : l'une de nos malades, confrontée avec son ami qu'elle avait vu assassiné sous ses yeux lui disait : « Comment tu n'es pas mort ! alors, tout cela est faux ». Dans ce cas, disait Régis, « tout est fini et le délire fantasmagorique et l'illusion qu'il avait créés ». Nous pensons cependant que la rectification n'est pas aussi complète qu'une expérience délirante aussi vive que celle de l'onirisme puisse être effacée en totalité. On est en droit de supposer qu'elle est repoussée de la conscience par une opération de caractère intellectuel, un jugement et parfois un véritable raisonnement, mais qu'elle n'en persiste pas moins, inconsciente, avec toute la force affective dont elle est chargée (1). Cette notion semble pouvoir rendre compte des caractères de certains délires chroniques chez d'anciens alcooliques subaigus.

(1) Régis ne disait-il pas dans le même article : « Phénomène d'ordre affectif avant tout et subordonné, comme l'avait vu Maine de Biran, à l'intensité et à la durée non de l'hallucination elle-même, mais de l'émotion provoquée par elle, la croyance erronée qui termine l'accès onirique sera ensuite rectifiée ou non, suivant l'état du jugement et la raison du sujet, »

Dans certains cas il n'y a pas de passage à la troisième ou même à la deuxième phase, on a pu voir des malades conserver leur conviction délirante pendant fort longtemps à l'état de souvenir conscient et irréfutable. Ce sont les faits de ce genre qui constituent ces délires particuliers, les idées fixes post-oniriques.

II. LES DÉLIRES CHRONIQUES DES ALCOOLIKES

I. - HISTORIQUE

Les auteurs qui ont décrit les troubles mentaux des alcooliques ont surtout envisagé les formes aiguës ou subaiguës. Les ivresses morbides étaient connues dès l'antiquité, ainsi que le rôle dégénératif de l'alcool. Au XIX^e siècle, le *delirium tremens* a été étudié par Conquérant, Pierron, Briand, Lévillé qui, après la description de Sutton (1813), ont entrevu les rapports de l'alcoolisme et de l'aliénation mentale. Casper, Esquirol, Reil, Roesch, Royer-Collard ne font que signaler la folie consécutive aux habitudes d'alcoolisme.

Le premier travail important est la thèse de Marcel (1847). Cet auteur a bien compris et observé les troubles de l'alcoolisme chronique avant que celui-ci n'ait reçu son nom de Magnus Hüss (1852). Marcel distingue les accidents secondaires des accidents primitifs : « On trouve à une certaine « époque plus ou moins éloignée du début de l'empoisonnement alcoolique, un groupe de phénomènes bien distincts, « et qui constitue ce que je nommerai les accidents secondaires, éloignés, des boissons alcooliques. Ces accidents, « bien différents des premiers, n'ont de commun avec eux « qu'une identité d'origine, l'abus des liqueurs spiritueuses; « ils s'en éloignent par un ensemble de caractères qui établit « entre eux une ligne de démarcation bien tranchée : on « dirait une phase nouvelle de l'empoisonnement alcoolique. » L'auteur avait compris l'action lente et progressive

du toxique sur la constitution : « Un homme s'adonne avec
« excès à la boisson; depuis un certain temps même il boit
« moins, mais il devient fou. Comme on le voit, point
« d'ivresse, point d'intoxication aiguë qui amène directement
« à la folie. Mais l'abus de l'alcool a modifié sa constitution;
« c'est cette action profonde, éloignée, mais persistante qui
« fait naître la folie. » Cette folie est caractérisée par l'importance des hallucinations auditives concernant « la sûreté physique et morale de l'individu » et l'auteur insiste sur l'agressivité et l'obscénité des hallucinations. On doit à Magnus Hüss une description très complète des troubles somatiques de l'alcoolisme; l'auteur suédois a décrit les délires subaigus et la démence terminale mais il ne fait pas mention des délires chroniques dans sa description.

Pour Lasègue (1852), il faut séparer le délire alcoolique du délire de persécution, entité morbide qui peut coexister avec un délire alcoolique. Dans ce cas, ce dernier guérit, laissant persister le délire de persécution. Il s'agit donc de délires multiples car il n'y a pas, pour cet auteur, de corrélation entre le délire subaigu et le délire de persécution qui est supposé préexistant. Ce point de vue a été conservé jusqu'à nos jours par de nombreux auteurs qui ne reconnaissent à l'alcoolisme que le pouvoir de colorer le délire, entité morbide en soi, plus ou moins libérée de la dépendance des phénomènes somatiques.

Les travaux de Carpenter (1853) n'apportent aucun fait nouveau. Dans la thèse de Thomeuf (1859), élève de Calmeil. l'opposition entre le caractère dépressif des accidents secondaires et les tendances expansives de l'alcoolisme aigu est une notion intéressante. L'auteur voit dans la folie alcoolique de Marcel une « lypémanie particulière » avec prédominance de la dépression et des troubles de la motilité, et dans l'alcoolisme une intoxication chronique causant des altérations de structure ou de fonctions qui produisent « les symptômes ordinaires des différentes formes de folie », mais il ne donne pas plus de précisions cliniques.

Morel traitant « des dégénérescences de l'espèce humaine » signale la « dégénérescence » qui est le résultat des excès alcooliques, et l'hérédité de cette influence de l'alcool sur l'organisme : les descendants subissent les conséquences de l'intoxication du père alors qu'eux-mêmes n'ont jamais été intoxiqués. Dans son *Traité* de 1860 il insiste sur le rôle de l'intoxication alcoolique dans l'éclosion du délire. Il signalait les altérations spéciales que produisent les intoxications de ce genre : « Le système nerveux acquiert sous l'influence de ces intoxications une aptitude à délirer et à percevoir des illusions même en dehors de l'ingestion des substances ébriantes. » Morel apporte donc la notion d'états dégénératifs caractérisés par l'aptitude à délirer, états dégénéralifs acquis par alcoolisme, ou hérité par alcoolisme des ascendants.

Dans son *Traité* (édition de 1861) Griesinger note chez le « buveur de profession » une certaine « ressemblance avec les aliénés. » et il admet que l'ivrognerie peut entraîner la folie et particulièrement la démence. Il note parmi les anomalies intellectuelles la fréquence de l'affaiblissement des sentiments élevés et de la notion du devoir. Jusque-là on avait surtout envisagé le rôle de l'alcoolisme dans ses relations avec la folie, mais le travail clinique analytique n'avait pas fait encore isoler les formes diverses de délire et en particulier, depuis Marcel, on n'avait pas recherché les caractères cliniques de ces états de folie qui succèdent à l'alcoolisme ; c'est tout juste si l'on avait insisté sur l'affaiblissement intellectuel et la perversion du sens moral, en raison surtout du caractère dégradant, notion plus morale que clinique, que cette époque attachait à l'ivrognerie.

En 1874, Magnan, dans son ouvrage sur l'alcoolisme, rapporte des observations de « malades prédisposés, atteints de délire alcoolique, à rechutes fréquentes et à convalescence souvent entravée par des idées délirantes affectant plus ou moins la forme de délires partiels. » Il insiste sur la prédisposition héréditaire et l'affaiblissement intellectuel progressif qui succède aux récidives : « A chaque rechute l'individu se transforme peu à peu, il descend successivement

« les différents degrés de l'échelle intellectuelle ». La même année, en Allemagne, Nasse décrit sous le nom de délire de persécution des alcooliques une psychose développée d'une manière aiguë et qui se caractérise principalement par des hallucinations auditives, plus rarement visuelles, d'un contenu désagréable et offensant (des accusations très graves, pour la plupart de caractère sexuel). Cette description devait être adoptée dans ses traits fondamentaux par les auteurs allemands classiques.

Cullerre, dans son article « alcoolisme et délire de persécution » (1876), après avoir insisté sur le caractère de syndrome et non pas d'entité morbide du délire de persécution, revient à la conception de Lasègue et considère l'association morbide de l'alcoolisme au délire de persécution : « tantôt « l'alcoolisme ouvre la scène et c'est sous son influence qu'un « vrai délire des persécutions, en dehors de celui qui est « symptomatique de l'intoxication, vient peu à peu à éclore. » L'auteur insiste sur le caractère violent des réactions de ces malades.

Dans le Traité de Dagonnet (1876), cet auteur signale que l'alcoolisme chronique peut conduire aux diverses formes d'aliénation mentale et qu'il existe parfois, à côté des symptômes de cette aliénation, des caractères propres à l'action du toxique, mais parfois, l'aliénation se développe après une action prolongée, insidieuse de l'alcool sans que l'on ait vu se produire de manifestations d'intoxication. Ainsi Dagonnet admet la causalité directe de l'alcoolisme : « Un grand « nombre d'individus atteints de lypémanie, de stupeur, de « manie, de paralysie générale, ne doivent leur triste maladie « qu'à ces déplorables excès ».

Schüle, dans son Traité (édition de 1886), décrit le délire de persécution aigu des buveurs, qui peut se terminer par un délire de persécution chronique. Ce délire de persécution ou de grandeur comporte des interprétations dans le sens de la jalousie, un affaiblissement intellectuel primitif, et en outre des illusions et des hallucinations de l'ouïe, menaçantes et terrifiantes; il y a peu de systématisation, les idées délirantes

sont rarement réunies en un système logique comme dans le délire systématisé chronique ordinaire. Schüle apporte la notion de l'importance du ton affectif et de l'existence de bouffées d'exaltation délirantes après de nouveaux excès.

En Angleterre Bewan Lewis (1889) décrit longuement les phénomènes délirants présentés par les alcooliques. Ce sont les formes délirantes de l'alcoolisme chronique (*delusional forms*) caractérisées par l'origine sensorielle des hallucinations. Au point de vue de la pathogénie des troubles, il suppose que les divers accès aigus ont balayé, détruit les délicats mécanismes nerveux et les hallucinations apparaissent comme des décharges anormales des aires cérébrales. Les centres sont dans un état d'équilibre instable, d'hyperesthésie sensorielle. Les centres touchés, selon la théorie de Hughling Jackson, deviennent moins impressionnables, paralysés, et en deuxième lieu les centres qui leur sont subordonnés prennent une activité sans contrôle. En troisième lieu, la décharge nerveuse suit un certain cours et elle peut entraîner : le mouvement si elle suit une voie motrice, l'émotion si elle suit des voies sensorielles, l'idéation active si elle atteint des mécanismes de l'intellect. Quel que chemin que la décharge prenne, elle rend plus perméable la voie suivie une première fois. Bewan Lewis admet que le trouble hallucinatoire est le facteur déterminant de l'idéation morbide. Cependant, il insiste d'autre part sur l'importance de l'état émotionnel et le déclin de la conscience objective correspondant à une élévation de la conscience subjective, ce qui va entraîner l'impression d'hostilité de l'entourage. Il rapporte des observations de syndrome d'influence avec pensée imposée, pensée étrangère, divination de la pensée, des hallucinations viscérales parmi lesquelles les voix épigastriques. Il les classe selon la nature des troubles prépondérants : auditifs unilatéraux ou bilatéraux, viscéraux. Une part est faite à l'instinct et aux sensations sexuelles qui sont un des motifs principaux du délire, ainsi qu'au caractère « obscène et révoltant » des productions délirantes de ces malades. La sensibilité cutanée peut être le sujet d'hallucinations. Enfin, il est des cas où les opérations

intellectuelles elles-mêmes sont spécialement affectées : les facultés de pensée et de langage sont altérées par un pouvoir qui a envahi le cerveau dont il règle les pensées et dicte les productions.

Krafft-Ebing, dans son *Traité* (1893), admet qu'il y a sur la base de l'alcoolisme chronique, des psychoses qui sont aussi spécifiques que le *delirium tremens*. Elles ne sont pas dues à un excès isolé, aussi fort soit-il, mais à une cause somatique ou psychique agissant sur le cerveau ébranlé de l'ivrogne invétéré. En outre des manies et mélancolies alcooliques, il décrit des vésanies alcooliques (*alkoholischer Verfolgungswahnsinn*) d'évolution rapide mais pouvant passer à la chronicité, et la paranoïa alcoolique (*Paranoïa alcoholica*), rare, qui se présente comme un délire de persécution dont elle diffère par un fond sexuel et aussi par l'existence d'éléments visuels; la violence des réactions en est la règle.

Roubinovitch, en 1894, rapporte à la Société médico-psychologique deux observations dont l'une concerne une alcoolique chronique ayant présenté un délire de persécution dont le thème est auto-accusateur, les persécutions subies sont des reproches; la malade présente diverses hallucinations, l'évolution est chronique. Dans la discussion qui suit, Séglas insiste sur la fréquence du caractère d'auto-accusation des idées de persécution, caractère qui ne permet pas d'isoler une forme spéciale ou de considérer ces malades comme des mélancoliques délirants. Roubinovitch rapproche ce délire du délire de persécution avec auto-accusation décrit par G. Ballet chez les dégénérés.

Falret, en 1896, signale qu'il faut isoler du délire de persécution une forme clinique, le délire de persécution alcoolique intermédiaire entre le délire de rêve de Lasègue et l'alcoolisme chronique. Il semble signaler ici les états d'hallucinoïse alcoolique des auteurs allemands plus que la paranoïa alcoolique.

Battier et Iscovesco, dans un mémoire présenté pour le prix Esquirol (1896), font une revue générale des idées de jalousie dans l'alcoolisme, déjà signalées par Marcel, Magnan, Krafft-

Ebing. Ils isolent un délire de jalousie des buveurs en raison de la fréquence et de l'importance de ces idées dans l'alcoolisme. Ces mêmes travaux inspirent la thèse d'Iscovesco et plus tard d'Escoube. Ces auteurs incriminent dans la psychogénèse de ces délires le dégoût que l'alcoolique inspire au conjoint et l'interprétation de cette attitude comme une confirmation du soupçon.

En 1898 Cololian, élève de Magnan, étudie dans sa thèse. les idées de persécution chez les alcooliques; il met en évidence l'existence de délires de persécutions systématisés chez d'anciens buveurs. Il décrit une période d'invasion où le délire de jalousie est fréquent puis une période d'état où s'observent les divers types d'hallucinations; il note que la systématisation n'est pas aussi solide que chez les délirants chroniques. « l'alcoolique persécuté crée bien un roman mais pas très ingénieux ». Selon les conceptions de l'école de l'Admission il est amené à distinguer le délire de persécution alcoolique chez les dégénérés héréditaires et chez les non-héréditaires. Chez les premiers, l'évolution est courte, analogue à celle de la bouffée délirante polymorphe, ce tableau répondant au cas des vésanies alcooliques des auteurs allemands; chez les seconds l'incubation est plus longue, après plusieurs accès subaigus apparaît le délire, les idées de grandeur sont rares. Les deux formes se terminent souvent par une démence progressive soit après plusieurs rechutes soit après une longue évolution du délire.

Anglade, dans son Rapport au Congrès de Marseille (1899) admet que les délires systématisés occupent une place importante parmi les troubles psychiques qui dépendent plus ou moins des intoxications. Si l'alcoolisme n'aboutit au délire de persécution qu'après une période de confusion mentale, la tendance à la systématisation apparaît dès la période de délire aigu. Cette tendance a été qualifiée de Verrucktheit aiguë par Westphal, de hallucinatorische Wahnsinn par Krafft-Ebing, de hallucinatorische Verwirrtheit par Kraepelin, d'amentia par Meynert. Pour Anglade cette tendance ne fait

que traduire une « disposition paranoïenne héréditaire ». C'est, exposée sous une autre forme, la conception de l'école de Magnan.

Arnaud, dans son article du *Traité de Gilbert Ballet* (1903) indique qu'il faut distinguer des délires systématisés le délire systématique de persécution alcoolique qui peut se prolonger pendant plusieurs mois et aussi les véritables délires de persécution chroniques, mis en branle chez les prédisposés, par l'alcool et qui possèdent certains caractères particuliers, la fréquence des idées de jalousie et d'empoisonnement, la violence plus accusée, l'affaiblissement intellectuel plus marqué.

Klippel et Trénaunay apportent ensuite une contribution nouvelle et importante en considérant le rôle du rêve dans les états délirants d'origine alcoolique. Leurs travaux peuvent être rapprochés de l'étude de Moreau de Tours sur le Haschich. Dans sa thèse (1901) Trénaunay envisage des formes de « rêve prolongé » avec persistance de convictions délirantes alimentées par des songes, des hallucinations pré ou post-somniales, des rêveries. Dans certains « rêves prolongés » d'aspect chronique, le délire est alimenté par des rêves, des états de rêvasserie et de demi-sommeil. Selon la conception de Klippel il faut faire jouer un rôle important à une lésion primitive du foie et secondairement à une atteinte plus ou moins profonde des « cellules mentales ».

En 1904 Soukhanof et Wedensky décrivent le délire alcoolique continu qu'ils distinguent de la paranoïa alcoolique des auteurs allemands, en raison de sa systématisation moins marquée, de la prépondérance des hallucinations auditives qui ne s'accompagnent pas d'idées de persécution dans nombre de cas : il s'agit en somme d'une hallucinose alcoolique souvent compatible avec une vie libre selon ces auteurs. D'après Korsakoff, la maladie dure ordinairement quelques mois ou quelques années et quelquefois toute la vie, mais dans la grande majorité des cas, elle n'empêche pas le malade de s'occuper d'affaires peu compliquées; cependant l'aggra-

vation peut survenir du fait de la continuation des excès alcooliques. Pour Serbsky il n'y a pas lieu de séparer ce délire de la paranoïa alcoolique. En somme, l'école de Moscou admettait l'existence d'états délirants, prolongés, mais avec une si faible systématisation que les phénomènes hallucinatoires, malgré leur parasitisme, n'empêchent pas le malade de continuer ses occupations.

En 1904, Meyer rapporte dix-sept observations de psychoses d'origine alcoolique de formes variées mais, pour la première fois, il signale la démence paranoïde chez les anciens buveurs sans incriminer uniquement le rôle de l'alcool. C'est à cette époque que l'on voit apparaître avec les travaux de Kraepelin la notion de démence précoce. En 1906 Chotzen rapporte trente observations de psychoses alcooliques parmi lesquelles certains cas d'hallucinoïse alcoolique se rapprochent de la forme délirante de la démence précoce; mais le problème de la relation de ces troubles avec l'alcoolisme est très difficile à résoudre; l'auteur admet qu'il s'agit d'une perturbation du métabolisme dont l'action sur le développement de la psychose est comparable à celle des maladies infectieuses. En France, C. Pascal, dans son *Traité* (1911), admet l'association des délires toxiques à la démence précoce. Au sujet du diagnostic entre les délires systématisés à évolution dementielle et la démence paranoïde, elle signale l'existence d'états intermédiaires à propos desquels elle conclut que l'alcoolisme et la syphilis transforment les délires systématisés en délires dementiels. Ces délires dementiels peuvent se stéréotyper comme les délires des déments précoces, mais ils s'en distingueraient par l'absence de signes catatoniques, la prédominance de la démence dans la sphère intellectuelle et enfin la conservation de la tonalité affective de l'activité mentale ou délirante. Dans certains cas de stupeur l'association de démence précoce à l'alcoolisme peut rendre le diagnostic difficile. Donc, C. Pascal envisage la démence précoce comme une entité clinique, elle peut s'associer à l'alcoolisme mais il convient de la distinguer des délires dementiels qui offrent

pourtant de bien grandes ressemblances avec elle. Comme dans la question des délires multiples, nous voyons ici une conception essentiellement statique de la maladie, l'auteur ne peut admettre une démence précoce à point de départ alcoolique mais une démence précoce associée.

En Allemagne et en Suisse, le problème des psychoses alcooliques est étroitement lié à celui de la démence précoce et de la schizophrénie. Kraepelin admet deux formes de délire chronique des buveurs en outre du délire de jalousie (*Eifersuchtwahn des Trinker*), ce sont des formes hallucinatoires chroniques (*halluzinatorischer Schwachsinn* de Kraepelin) ou des délires paranoïdes (*paranoïde Zustanbilder der Trinker*). Ces psychoses chroniques procèdent des psychoses aiguës et de l'hallucinoïse mais aussi d'un fonds schizophrénique. Dès 1906 Ignatz Mandel décrit l'évolution particulière chronique et dementielle de certaines formes paranoïdes de paranoïa alcoolique sans cependant conclure à la nécessité d'isoler ce syndrome. Certains auteurs ont insisté sur le caractère des hallucinations : sensations intestinales, paresthésies du goût et de l'odorat (*Bonhoeffer*), préoccupations hypocondriaques (*Chotzen*). La question des limites de la démence précoce dépend essentiellement, selon Kraepelin, de l'extension que l'on donne à ce concept. Ainsi Graeter, Kielholz soutiennent que les cas d'alcoolisme chronique sont des cas de démence précoce colorés par l'alcoolisme chronique qui en est une complication. Bleuler a un point de vue identique; dans son traité il note l'existence de particularités du type schizophrénique dans les antécédents des malades atteints de paranoïa alcoolique; il admet la coexistence de la schizophrénie et de l'alcoolisme, celui-ci donnant leur coloration aux idées délirantes; mais il ne rejette pas complètement le rôle de l'alcool dans l'éclosion du délire et conclut prudemment que le matériel clinique ne permet pas jusqu'ici d'admettre une paranoïa alcoolique spéciale, en tous cas celle-ci serait relativement indépendante des quantités de boissons consommées. Pour Wolfensberger, Pohlisch, la folie alcoolique est la forme réactionnelle d'un psychisme schizo-

phrénique à l'alcoolisme chronique, et à sa suite, les tenants de la théorie réactionnelle jusqu'à Rédalié voient dans l'alcool un agent déterminant des réactions diverses selon le type réactionnel. Ici l'alcool peut déterminer un type réactionnel schizophrénique, ce sont les psychoses à évolution chronique, ou un type réactionnel de Bonhoeffer qui se rapproche de la description des « bouffées délirantes ». En résumé, la doctrine de la démence précoce, puis celle de la schizophrénie ont remanié la conception des délires secondaires aux intoxications, soit que le rôle de l'agent toxique soit admis (Kraepelin) ou réduit à l'extrême, l'alcoolisme étant parfois considéré comme une manifestation de la schizophrénie. Ces doctrines ont introduit une notion d'évolution continue, de processus qui manquait aux conceptions de l'école française classique. Cependant on retrouve ici l'antique querelle du terrain et de l'agent pathogène dont la théorie réactionnelle n'est qu'une expression encore moderne.

En France, parmi les acquisitions récentes, citons la notion de délire systématisé secondaire post-onirique de Delmas et Gallais (1911); ceux-ci s'opposent à ce que les psychoses hallucinatoires chroniques succédant à la confusion mentale soient classées dans le cadre de la démence précoce, et d'autre part, ils jugent nécessaire de distinguer ce syndrome: du délire systématisé hallucinatoire avec appoint alcoolique où il y a non succession mais association des deux facteurs, du délire interprétatif à forme de jalousie des prédisposés paranoïaques, du délire hallucinatoire plus ou moins systématisé mais toujours temporaire qui peut persister sous la forme d'idées fixes ou même de délire. Donnant une plus grande étendue au concept de délire post-onirique, Delmas admet dans son rapport au Congrès de 1920: le délire à éclipse de Legrain (1) ou réviscent, récidivant avec les

(1) En 1910, LEGRAIN apporte l'intéressante notion de délire à éclipse dont il se garde de faire une entité nosologique. Il s'agit d'un délire, ou même d'un concept anormal dont le propre est d'être transitoire et de réintégrer le subconscient sans guérir réellement, il s'agit d'une ocul-

poussées d'onirisme, la psychose hallucinatoire post-onirique, les psychoses post-oniriques à forme amnésique (syndrome de Korsakoff), les psychoses post-oniriques à forme démentielle, la confusion mentale chronique qu'il faut rattacher à la démence précoce post-confusionnelle. Allamagny, dans sa thèse sur les séquelles de l'onirisme alcoolique (1914) se propose de discriminer le délire qui succède à l'onirisme du délire des alcooliques. Il distingue trois formes : les hallucinoses, les psychoses hallucinatoires chroniques, les psychoses hallucinatoires à évolution démentielle. L'étude des délires chroniques d'origine alcoolique a été reprise par Daussy dans sa thèse (1924) où il envisage particulièrement la psychose hallucinatoire des buveurs, il insiste sur la faible systématisation de ces psychoses, les caractères qu'elles empruntent fréquemment à l'onirisme mais il n'envisage pas les évolutions démentielles et les problèmes qu'elles soulèvent. Récemment Dublineau a envisagé le problème des rapports de la schizophrénie et de l'alcoolisme en tenant compte des acquisitions de l'école de Zurich, il semble actuellement qu'il tienne pour nécessaire une limitation de la notion d'alcoolisme, hypothèse exposée dans la thèse de Thomas (1933). En ce qui concerne le délire, s'il juge avec l'école de Bleuler que l'alcoolisme peut aboutir à un état schizophrénique quand il évolue sur un terrain schizoïde ou bien extérioriser le début d'une psychose schizophrénique ou encore la colorer ; il admet que dans quelques cas, des états schizophréniques alcooliques peuvent apparaître en dehors de toute schizoïdie antérieure en modifiant complètement le comportement du sujet.

tation du délire. L'extinction des hallucinations joue ici un rôle considérable, elles disparaissent, il ne reste plus que quelques interprétations. Legrain n'envisage pas ce phénomène de l'occultation du délire, spécialement chez l'alcoolique, mais dans le délire en général, une de ses observations toutefois concerne une alcoolique chronique.

2. - OBSERVATIONS

Notre description clinique est fondée sur les observations que nous avons pu recueillir. De celles-ci, nous tâcherons de dégager quelques caractères et d'isoler les principales formes cliniques.

OBSERVATION I - (Service Spécial)

Louis..., âgé de 51 ans, est interné depuis plus d'un an. C'est un homme de forte carrure, assez grand, d'aspect athlétique, dont les traits paraissent exprimer la franchise, mais la dissimulation peut se deviner dans le regard fuyant.

Antécédents : rien de notable dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Antécédents personnels : originaire de Paris, il a fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 13 ans, mais n'a pu obtenir le certificat d'études primaires. Il fit ensuite son apprentissage de mécanicien pendant trois ans. Au service militaire qu'il accomplit au 1^{er} Cuirassier, il fit une chute de cheval sur la tête mais sans signe de fracture des os du crâne; il aurait présenté à ce moment une poussée de bronchopneumonie dont il aurait conservé une prédisposition aux bronchites à répétition. Après le service militaire, il a été chaudronnier, a travaillé en usine et enfin est devenu chauffeur de camions.

Remarié après le décès de sa première femme morte de grippe espagnole, il a eu cinq enfants bien portants.

Histoire de la maladie : Buveur d'habitude, il absorbait journellement un litre de vin au moment des repas, quelques « verres » dans la journée, des apéritifs et deux « cafés arrosés » de kirsch ou de calvados. Depuis trois semaines étaient apparus des troubles du caractère, il avait de violentes disputes avec sa femme qu'il battait quand il avait « bu plus que de coutume », aussi finit-elle par le quitter. A partir de ce moment, apparurent des idées délirantes vaguement auto-accusatrices : les camarades de sa cellule du parti communiste lui reprochaient d'avoir battu sa femme, ils le traitaient de lâche, d'ordure, il les voyait répandre dans la rue le bruit de l'indignité de sa conduite et le menacer d'exclusion. Il entendait dire que sa femme et les voisins avaient déposé une plainte au commissariat.

Puis il fut l'objet d'injures et de menaces effrayantes : « on criait dans la rue contre moi, j'entendais que j'étais radié du parti communiste, il paraît que ma condamnation à mort est parue dans

l'Humanité, on me l'a dit. Enfin, il alla se mettre sous la protection de la police parce qu'il y avait « un exalté qui voulait le tuer ».

Il fut interné le 9 octobre 1937 avec le certificat :

« Alcoolisme chronique. Episode onirique exclusivement auditif. « S'est cru insulté, poursuivi par des accusations et des calomnies répandues par un individu qu'il n'a jamais vu, mais qu'il entend l'invectiver. On le traite de fasciste, on annonce à tort qu'il aurait été chassé du parti communiste. Indigné des pro-cédés employés et des menaces proférées, se réfugie au poste de police. Cauchemars. Avenu de quelques excès. Femme et enfants partis depuis huit jours après scène violente. Léger tremblement. Intégrité des réflexes tendineux et oculo-pupillaires « Poul 96. »

(Docteur BROUSSEAU.)

Le 10 octobre,, à l'Asile clinique, le Docteur X. Abély note :

« Alcoolisme chronique avec onirisme auditif, idées actives de persécution par raisons politiques, réactions anxieuses, cauchemars habituels, tremblement digital, troubles du caractère, violences à l'égard de sa femme. »

Transféré au Service spécial le 12 octobre, il se présente avec une orientation correcte dans le temps et dans l'espace, il n'a plus d'hallucinations, mais il conserve des convictions délirantes qu'il semble réduire sous l'influence de la persuasion; mais très rapidement, les hallucinations réapparaissent accompagnées de phénomènes d'automatisme mental, il entend des réflexions, des insultes : « c'est toute la journée qu'ils en causent ». Sa pensée est devinée, répétée, ses actes et ses pensées sont commentés, il est victime de « suggestion ». Les hallucinations sont souvent thématiques : on l'accuse d'être un fasciste, d'avoir frappé sa femme et d'être radié du parti communiste en raison de sa conduite honteuse. Mais parfois ce sont des jeux verbaux stéréotypés « je l'aurai » ou « j'en ai marre » auxquels le malade ne parvient pas à donner un sens. Il décrit une scène nocturne qui semble devoir être rattachée à une bouffée d'onirisme : « Ce matin, à quatre heures, dit-il, on a cassé le mur pour passer par en-dessus, le petit mur qui est à l'entrée du quartier, ils étaient plusieurs, il y avait même une petite fille avec eux. »

Les jours suivants, l'état s'aggrave : ça va de pire en pire, « je ne peux pas penser quelque chose sans qu'aussitôt on le répète ». Les hallucinations auditives deviennent intenses, réveillant le malade pendant la nuit. Le jour, il est menacé de mort, parfois ce sont des hallucinations accompagnées qu'il interprète ainsi : les propos

des autres malades, sont détournés de leur sens primitif par les persécuteurs et prennent pour lui une signification injurieuse.

Le 11 décembre, les phénomènes psycho-sensoriels croissent en intensité et en variété mais le thème reste identique sans aucune tendance à s'enrichir. A l'automatisme mental s'ajoute la parole imposée : « Je suis là sans réfléchir et puis j'entends qu'on cause, je ne voudrais pas le dire et je suis forcé de causer ». On l'accuse de rêver la nuit. Les hallucinations auditives injurieuses sont extrêmement vives, apparaissant pendant l'examen. Elles s'atténuent et disparaissent par fixation de l'attention, au cours de la lecture ou de l'accomplissement d'un travail.

Le 12 janvier, il est toujours anxieux. Ses ennemis viennent la nuit le regarder par la fenêtre qui est au-dessus de son lit, ils y montent avec une échelle. Envoyé dans le quartier des travailleurs, l'anxiété diminue, il s'occupe régulièrement et dissimule ses préoccupations délirantes.

Le 24 février, on note une extension du délire, mais sans véritable systématisation, il croit être persécuté par transmission de pensée. Les persécuteurs sont désignés nominalemt, il en dénombre trois : Lug, Lu et Hugues, parfois une voix féminine prend sa défense.

Le 21 mars, il demande des explications sur les faits dont il a été victime dans la nuit du 12 au 13. On l'a « pris comme sujet », on lui a fait « tirer la langue par des rayons ultra-violets », on fait du « cinéma-autographe », et on le prend comme « sujet de cinéma ». Dans les pièces voisines ont lieu des scènes de cinéma : femmes violées, etc...

Le délire évolue avec une grande richesse des phénomènes d'automatisme mental et une pauvreté extrême du thème délirant. Au mois d'août, il se plaint d'être victime « d'auto-suggestion » pratiquée par un homme et une femme qui habitent dans le grenier; cet homme est un des infirmiers mais ils ont de faux noms, ils disent s'appeler Hug et Hoffmann et le malade ne les reconnaît pas. Toujours délirant, le malade a été transféré le 14 septembre 1938.

Examen physique : Le malade a présenté à son entrée les signes classiques d'imprégnation éthylique : tremblement digital, troubles digestifs, pyrosis, éructations, constipation habituelle. Les réflexes tendineux sont normaux, les pupilles réagissent à la lumière.

Examens complémentaires :

Sang : Réactions sérologiques (B. W., Meinicke, Kahn) négatives.

L. C. R. : albumine : 0,20; leuco : 4, 20.

Réaction de Pandy : 0. Réaction de Weichbrodt : 0.

Benjoin : 00000 - 22222 - 10000.

B. W. : 0. Meinicke : 0.

Urines : albumine : 0; sucre : 0.

Commentaires :

Ce malade est indiscutablement un alcoolique ayant présenté un onirisme auditif qui disparaît après quelques jours de traitement. Après une courte période de calme apparent, se développe un automatisme mental avec hallucinations auditives. Le thème est pauvre, si peu systématisé que le malade n'y comprend rien et ne trouve pas d'explication délirante satisfaisante malgré l'abondance des phénomènes hallucinatoires.

OBSERVATION II - (Service Spécial)

Jules, âgé de 52 ans, ébéniste, est un homme amaigri, asthénique. Il se montre le plus souvent réticent, d'une réticence paresseuse et un peu niaise traduisant un certain degré de diminution intellectuelle : le malade avoue, se rétracte ou se contredit, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats de l'examen.

Antécédents héréditaires : le père, ébéniste, était coléreux, buveur, ne s'entendant pas avec sa femme, il s'en sépara et émigra en Argentine, emmenant avec lui le malade alors âgé de 4 ans, celui-ci avait 15 ans quand son père mourut de tuberculose pulmonaire. La mère avait mauvais caractère et ne s'était jamais entendue avec le malade. Elle aurait une bonne santé, mais elle a eu plusieurs enfants morts de méningite.

Antécédents personnels : Originaire de Paris, il fut élevé à Buenos-Ayres où il avait été emmené par son père. Il semble avoir reçu une instruction très élémentaire, en espagnol, jusqu'à l'âge de 10 ans. Il fut ensuite placé en qualité de domestique jusqu'à 15 ans, âge où il fut rapatrié après la mort de son père. Renvoyé chez sa mère qui s'était remariée, son beau-père lui apprit le métier d'ébéniste. De caractère indépendant et ne s'entendant guère avec sa mère, il quitta à 18 ans l'atelier de son beau-père contre lequel il ne semble pas avoir eu d'animosité. Il fit son service militaire normalement sans punition. Marié, il a eu six enfants dont deux morts en bas âge après avoir présenté des convulsions. Pendant la guerre, mobilisé dans l'infanterie, il fut comotionné à deux reprises : la première fois il aurait été atteint à la tête par un éclat d'obus, bien qu'il n'ait pas eu de lésion cutanée, « il croyait avoir le crâne fendu » et serait resté « abruti »

pendant plus d'un mois. Ulérieurement il reçut un éclat à la région pariétale droite où il eut un volumineux hématome; il resta obnubilé au moment du choc mais ne perdit pas connaissance. Après la guerre, il reprit son métier. En 1924, il présenta une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire avec lésions bilatérales et B. K. dans les crachats. Traité par le repos, il refusa d'être envoyé en sanatorium et au bout de six ans il ne présentait plus de lésions en évolution. A ce moment, il chercha du travail et n'en trouva pas, c'est vers cette époque qu'il aurait commencé à faire des excès de boisson importants : il buvait habituellement deux litres et bien souvent trois litres de vin, il n'usait jamais d'eau-de-vie ni d'apéritifs. Inoccupé, il cherchait du travail sans résultat, faisait les commissions et buvait avec les camarades de rencontre. S'ennuyant d'être sans travail, il avait des « raisons » avec sa femme, se disputait avec elle parce qu'elle lui réclamait de l'argent.

Histoire de la maladie : A cette période dominaient les troubles du caractère exacerbés par des interprétations morbides, il voyait une signification injurieuse dans les faits banaux. Les idées de jalousie présentaient une certaine tendance à la systématisation. Il pensait qu'un chauffeur, leur voisin, était l'amant de sa femme, il avait surpris : « des signes par les yeux et le genre de parler... ma femme disait bonjour monsieur C..., ils avaient une certaine façon de se causer qu'on comprend tout de suite... j'ai toujours eu dans l'idée qu'ils avaient des relations coupables ensemble... je les voyais partout et sa femme aussi... c'est une femme qui ne sait plus rien dans les coins... Je les rencontrais et j'avais une frayeur... » Parfois il entendait sa femme crier par la fenêtre : « tout le monde saura que C... est mon amant... ». Des voisins s'en moquaient et lui « lançaient des bobards ».

Mais le malade au lieu d'avoir des réactions agressives présenta des réactions panophobiques qui coexistaient avec le développement d'un onirisme terrifiant : l'homme et sa femme le poursuivaient dans tout le quartier, il les reconnaissait partout et pourtant celui-ci ne leur adressait pas la parole, ne les menaçait pas. Le malade avait l'intuition formelle que l'homme avait un revolver, il avait cru le voir un jour porter la main à sa poche et ce geste avait suffi pour entraîner sa conviction. Avant son internement, sa peur était telle qu'il fit une fugue, il s'enfuit dans la campagne autour de Paris, mais il ne peut préciser où il passa; il se souvient seulement d'avoir marché toute la nuit, et d'être rentré chez lui le lendemain à pied. Pendant sa fugue, il fut poursuivi par des fantômes, ils étaient très grands, dressés dans le ciel, menaçants, ils avaient les bras tendus, c'étaient des hommes armés de bâtons, environ une dizaine, et pendant une ou deux heures il ne put leur échapper. Rentré chez lui, l'onirisme se développa :

il avait des « visions », des choses comme dans un rêve, des personnes qui le menaçaient; c'est à ce moment qu'il fit sur sa femme une tentative de strangulation qu'il explique ainsi : « on était en train de manger et puis elle s'est moquée de moi, elle avait mis un maquereau avec un morceau de raie, alors je lui ai dit, c'est un plat de circonstance et une dispute a suivi; je lui ai foutu un soufflet, mais je ne lui ai pas fait de mal ». Il convient avoir été ivre au moment de cet incident. On fut obligé d'appeler la police et il fut amené à l'Infirmierie Spéciale, où il fut interné le 16 septembre 1936 avec le certificat :

« Alcoolisme chronique avec ivresse fréquente. A tenté d'étrangler sa femme. Prostration. Répond difficilement aux questions. « Débilité mentale. Dissociation. Pouls 100. Réflexes normaux. « Hyperalgie musculaire. Tremblement digital et lingual. Pupilles « normales... »

(Docteur MICHAUX.)

Après son internement, il conserve ses convictions délirantes et il reste persuadé de l'inconduite de sa femme et de la réalité des persécutions de l'amant. Il est surtout déprimé, découragé, se plaignant d'être abandonné par sa femme, puis son état s'améliore, il s'occupe régulièrement pendant deux mois. A ce moment, il présente un épisode anxieux, il se sent menacé, on a préparé des couteaux, des cordes, des machines pour le supplicier et le tuer, c'est pour le punir d'une faute : en imagination, il a eu des rapports sexuels avec sa mère. Il semble qualifier d'imagination des représentations mentales visuelles vives qui échappent partiellement à son contrôle, c'est ainsi qu'il imagine « avoir fait deux enfants à sa mère, et pourtant, dit-il, je n'ai jamais pu m'entendre avec elle ». Et il insiste sur son défaut d'attachement filial. De même, il se représente des rapports sexuels avec sa femme et aussi « des actes d'infidélité » de celle-ci. Par paroxysmes apparaissent des intuitions délirantes à thème de persécution entraînant des réactions anxieuses. C'est ainsi qu'il est persuadé qu'on va le tuer, qu'il sera exécuté le lendemain, on veut lui couper la tête, lui couper les jambes. On pourrait penser à des hallucinations auditives, mais il nie formellement tout élément auditif. Ce ne sont pas, d'autre part, des idées d'influence; en effet, il manque le caractère d'extériorité de la pensée, il déclare : « je me juge et me condamne à mort, je ne tiens pas à être condamné, je suis toujours dans la même pensée, je pense que ma femme ne va pas venir, ou une chose ou une autre... et cependant c'est inadmissible que l'on supplicie une personne dans un asile ».

Donc, si les persécutions qu'il est menacé de subir sont bien le fait d'une puissance extérieure, ne sont pas de simples constructions imaginatives, son expérience délirante semble reposer sur

des idées fixes analogues à l'obsession mais entraînant un plus grand degré de conviction et, malgré l'imprécision avec laquelle le malade décrit ses symptômes, nous croyons pouvoir caractériser ici des intuitions délirantes.

L'examen montre une orientation à peu près correcte dans le temps et l'espace ; la mémoire a subi une diminution consciente depuis quatre ou cinq ans, le malade faisait des oublis dans ses commissions, il égarait des objets, oubliait des noms propres ; le jugement est pauvre, l'affectivité est faible, le malade affecte de se désintéresser de ce qui l'entoure, il n'a jamais eu d'affection pour sa mère, ne se préoccupe pas de ses enfants et n'est pas resté en relation avec sa famille.

Examen physique : Actuellement, rien de notable, pas de signe d'atteinte des divers appareils.

Examens complémentaires :

Sang : urée : 0,30.

Réactions sérologiques : (B. W., Meinicke, Kahn), négatives.

Urines : albumine : 0. Sucre : 0.

Expectorations : pas de B. K.

Commentaires :

Le malade, d'une intelligence faible, inactif, sans attachement familial, a présenté une période de troubles du caractère, des idées de jalousie fondées sur des interprétations accompagnées d'un sentiment de peur et d'admiration pour son rival, homme armé, puissant, redouté.

Irritable, anxieux, il présente après une période de rémission, une récurrence du délire. La forme de ce délire est un peu spéciale, ce sont des intuitions délirantes plus obsessionnelles qu'hallucinatoires, accompagnées de représentations mentales, de rêves traduisant en clair les tendances incertaines du malade.

Enfin, il semble exister ici un certain degré d'affaiblissement intellectuel, un commencement de démence qui aggrave le pronostic

OBSERVATION III

(Service de M. le Docteur MARTIMOR, à Maison-Blanche)

Maria est une femme âgée de 47 ans, de taille moyenne, d'un type asthénique ; elle est hyperémotive, son humeur est très mobile. Elle ne peut parler de ses malheurs sans pleurer, puis elle

se calme et sourit. Si elle est un peu réticente, c'est par pudeur, en raison du caractère obscène de son délire.

Antécédents héréditaires : Fille naturelle, peu de renseignements sur l'état mental de sa mère qu'elle a peu connue.

Antécédents personnels : Originaire des environs de Saint-Gaudens elle a été élevée par son oncle et sa tante qui étaient cultivateurs. Sa mère, placée à Paris, venait la voir tous les trois ans. Jusqu'à 14 ans elle mena la vie d'une petite paysanne, sans incident notable. Pendant trois ans, elle fréquenta l'école, mais n'obtint pas son certificat d'études à cause de la brièveté de son séjour en classe, dit-elle. A 14 ans, elle fut envoyée en pension à Paris, dans une institution religieuse où elle compléta son instruction qui semble cependant médiocre (erreurs dans la table de multiplication) et se perfectionna dans la couture. Au bout de quelques années elle s'en fut habiter chez une tante concierge puis chez sa mère, pour l'aider à tenir un commerce de vins. Sa mère s'étant remariée, elle ne put s'entendre avec son beau-père, celui-ci profitait de l'absence de sa femme pour jouer et boire avec les clients; comme Maria le dénonçait à sa mère, c'était une source de mésentente aggravée par la volonté de commander du beau-père. C'est pourquoi, à 20 ans, elle préféra retourner chez sa tante; puis elle se place comme bonne à tout faire. Elle fera plusieurs places y restant souvent plusieurs années. A 25 ans, elle connaît son premier amant. Elle en a conservé un bon souvenir et semble avoir éprouvé pour lui une certaine affection, mais il était marié et voyageait beaucoup, souvent sans la prévenir de ses départs. Elle semble n'avoir eu de ces rapports que de faibles satisfactions sexuelles.

Histoire de la maladie : Elle abandonna ensuite sa place de bonne à tout faire pour travailler dans une chocolaterie; au bout de peu de temps elle fut, comme il est habituel, dégoûtée du chocolat, mais elle y substitua une autre sorte de gourmandise : c'est en effet à cette époque (elle avait alors une trentaine d'années) que ses compagnes l'entraînèrent à boire du vin blanc et du vermouth dans un café voisin du lieu de son travail. C'est là qu'elle prit goût à l'alcool, elle y rencontra également « l'homme habillé en gris » qui devait devenir son persécuteur. Il « représentait bien, il me plaisait » et il devint son amant, mais il se livra sur elle à un rapport contre nature après l'avoir saisie aux épaules : « Je lui ai dit, misérable ! Mon Dieu, il ne faut pas faire comme ça ! mais il m'a répondu : comme ça tu m'as dans la peau ! Ça m'avait fait mal. J'ai été malade mais je ne me suis jamais arrêtée de travailler ». Elle croyait avoir les organes bouleversés et c'est alors que commence une période d'hypocondrie qui semble avoir duré plusieurs années. Elle se croyait enceinte et demanda conseil

à une voisine qui opina : « Il t'a au moins laissé un godmiché dans le ventre ». Un médecin consulté parut embarrassé et conclut : « Cet homme-là s'est foutu de vous, il n'y a rien à faire dans votre cas ». Un autre aurait dit : « Cet homme-là, s'il vous a fait quelque chose, ça fera un balai-brosse », môqueries ou maladresses qui la convainquirent qu'elle était atteinte d'un mal incurable. Elle consulta dans une clinique particulière. « On m'a dit : vous avez une bête répugnante sur vous, une bête qui se traîne par terre, c'est des phénomènes nerveux ». Elle s'examinait avec attention : « Dans mes selles, je voyais bien que je perdais des choses pas naturelles, comme un petit foie, des perles, une ficelle ». Elle consulta à Lariboisière, elle semble avoir été troublée à ce moment : quelque chose lui pendait de la bouche et elle croyait que c'était sa langue. Elle ne fut pas renseignée sur la nature de sa maladie par le médecin. Pendant des journées entières, elle se désolait et pleurait son infortune, elle se rendait bien compte qu'elle était « détraquée de tout ». Elle avait des idées d'indignité et de suicide : « Il y a des jours, je me dégoûtais, je me disais, je vais me tuer ». Pour se consoler elle buvait encore davantage, jusqu'à trois litres de vin selon les renseignements recueillis. Elle fit la connaissance d'un camarade de travail de son frère, il fut touché de la voir pleurer toujours et devint son ami.

Les idées hypocondriaques se développaient vers une interprétation zoopathique : « Je sentais bien que ce n'était pas normal, ça respirait » et elle redoutait d'aller à la selle parce qu'elle perdait ses urines en même temps « tout ça communiquait ». Elle croyait à une transformation cloacale de ses organes d'excrétion.

Au mois de mars 38, elle présente un premier épisode subaigu de confusion avec onirisme auditif. Elle eut d'abord des troubles du sommeil, de nombreux cauchemars, un sentiment d'anxiété et de terreur. Elle s'entendait appeler dans un état de demi-sommeil et même la nuit étant éveillée : « Je sommeillais, j'entendais causer, ça disait : Maria ! Maria ! Quand ça a débuté je disais je rêve, c'est sous le lit. Toutes les nuits, je n'osais pas me coucher, j'avais peur... et après quelques jours ça a fait Vive le roi ! » et puis je l'ai dit à la voisine, qui m'a dit : tu es folle ». Ces troubles auraient disparu au bout de trois semaines environ.

Au mois d'octobre de la même année elle présenta une récurrence, les hallucinations toujours nocturnes devinrent thématiques, précédant par menaces et allusions à des faits passés réels. Voici ce que nous a dit la malade : « Puis un jour ça a recommencé, toujours la nuit, voilà que j'entends dans le mur : je viens chercher ma revanche ! je viens cher-cher ma re-venge ! je me suis fait homme-serpent pour venir chercher ma revanche, et je me suis dit que je suis folle !... et ça m'a dit : je t'amène deux enfants, Titi

et Lili, ils sont partis en voyage de noces ». Puis le persécuteur déjà soupçonné d'ailleurs, se nomme : « Vous pouvez lui dire mon nom et j'étais habillé en gris, j'étais en soirée et j'ai touché les petits nichons de ma (sa) cousine et vous pouvez lui dire que j'en ai cinq pour la servir... et vers quatre heures du matin ça s'arrêtait et j'avais peur. »

« Deux mois avant que je vienne à l'hôpital, ça s'est mis à parler même le jour : Attends quand Alexandre sera parti, viens ici m'embrasser et dans le coin du lit il n'y avait personne ». Parfois c'étaient des scènes funèbres : « je les voyais dans mon rêve, je sommeillais et puis ça chantait, il y en avait qui me mettaient en bière. »

Les renseignements confirment les cauchemars, l'agitation nocturne, les hallucinations auditives enfin qui devaient amener la malade à consulter à l'hôpital Lariboisière, d'où elle fut dirigée sur Henri-Rousselle. Elle y fut internée le 9 novembre 1938 par voie d'office avec le certificat suivant :

« ...Présente un syndrome hallucinatoire chez une éthylique « chronique. Hallucinations auditives psychomotrices, on lui parle « dans le dos (Titi, Lili, Bloulotte). Idées floues et désorganisées « de persécution, prétend qu'il y a sept ans un homme l'a piqué « à la matrice en lui disant qu'il se vengerait. Réactions dépres- « sives et anxieuses.

« Ethylisme chronique, onirisme et zoopsie. Aveu de trois litres « de vin par jour. Polynévrite, crampes dans les mollets, aréflexie « tendineuse, genoux globuleux avec luxation des ménisques, pu- « pilles réagissent, mais irrégulières.

« L.C.R. : alb. 0,40 ; leuco. : 0 ; globuline : 0.

Benjoin : 00000.22222.21-000.

Elixir parégorique : 00-0.

B.W. et Meinicke négatifs.

(Docteur PICHARD).

Le 10 novembre, à l'admission, le docteur X. Abély note dans le certificat immédiat :

« Est atteinte d'affaiblissement avec obtusion, dysmnésie, trou- « bles du caractère, fléchissement éthique, déchéance sociale, oni- « risme zoopsique et effrayant, hallucinations auditives injurieuses « et menaces, hallucinations coenesthésiques, idées délirantes de « persécution de la part d'un ennemi occasionnel, se croit enceinte « d'une bête, réactions anxieuses, insomnies, éthylisme avoué, « possibilité de spécificité, les réactions auraient été positives il « n'y a pas longtemps dans le sang, réflexes tendineux faibles, pa- « résie des membres inférieurs. »

Elle est envoyée le 13 novembre 1938 à Maison-Blanche ;
« Alcoolisme chronique. Déficit psychique, présénilité, sensible-
« rie. Troubles psycho-sensoriels, explications imprécises.

(Docteur MARTIMOR).

Dans le service la malade se montre calme, mais elle rêve fréquemment la nuit et continue à percevoir des hallucinations à prédominance nocturne. Le 27 novembre elle dit ne plus entendre de voix. Mais, dès le 14 janvier, elle se plaint de la récurrence des phénomènes psycho-sensoriels. Le 20 février, elle entend des menaces de strangulation, des insultes. Depuis, elle ne cesse d'entendre des menaces, des insultes à l'adresse de son ami ; souvent elle pleure.

Actuellement (27 mars 1939) : La malade présente une hyperémotivité marquée, une certaine mobilité de l'humeur, elle pleure puis sourit ou s'indigne des mauvais traitements qu'on lui fait subir. L'orientation temporo-spatiale est loin d'être parfaite. Elle sait le mois et l'année, mais elle ne peut préciser la date. Elle sait être à l'asile de Maison-Blanche, mais l'examen de ses représentations spatiales est moins bon. Elle ne peut retracer correctement un itinéraire simple dans un quartier qu'elle connaît bien. Il n'y a pas de trouble de la mémoire de fixation. L'évocation est parfois lente et imprécise : si elle sait le millésime du début de la guerre elle doit compter pour trouver celui de la fin.

Elle présente des hallucinations auditives verbales parfois extérieures, souvent internes. Ce sont des injures, des menaces, des allusions aux événements passés, des propositions érotiques. Ce sont souvent des itérations verbales, des néologismes par contraction de signification injurieuse et menaçante. Ce sont aussi des propos d'apparence absurde, des histoires enfantines. Les paroles entendues sont parfois répétées en écho. La lecture est commentée, l'écriture répétée. Ces phénomènes s'accompagnent d'angoisse, de sensation d'étouffement. Les rêves semblent également donner des éléments au délire : « Ça racontait des histoires avec cet homme-là (l'homme en gris), c'était plutôt de la méchanceté. Il faisait le jugement, il appelait les gens : elle est coupable d'avoir attiré un homme au sixième pour se faire chatouiller le bouton et enculer et tout ça... On allait partir, on allait me mettre avec une tête de bois dans le cercueil avec un rat, un rat, un ratoutant (néologisme), des serpents sur la tête... L'enculée du sixième qu'ils criaient, et puis à mon idée ils étaient sur moi, ils me causaient en moi, ils cherchaient à m'étouffer... Elle s'en ira avec son homme avec une tête de bois... et puis ça me fait chercher avec mon ami, ça fait des claquettes : cocu ! cocu ! ça dit à mon ami tu es cocu, et puis il a bien compris mon ami, et puis ça l'a écrit sur les journaux... Ça dit : monte au sixième,

on s'arrangera, tu verras qui je suis. Quand je lis le journal ils disent qu'ils m'appelleront rat d'égout, et à la visite : voilà le médecin ! Ah ! on va y causer au médecin, on va y dire ! On m'a fait une piqûre là (une P.L.) et la voix a dit : à moi faire ça !... il est donc en dedans... ça cause... je ne m'explique pas ce qui me fait ça... quand je sortais avec mon ami ça faisait : où qu'ils vont, ça demandait et ça répondait ils vont se faire enculer... Et puis Titi et Lili soi-disant que c'étaient deux enfants, ils en ont fait tout un roman et on a fait un livre, je l'ai vu ici à une dame qu'est dans la salle. »

Il n'y a pas d'hallucinations olfactives ; elle se plaint d'un état coenesthésique pénible et reste convaincue de la présence dans son corps d'une bête dégoûtante et du bouleversement de ses organes.

Examen physique : Il existe encore un tremblement menu des doigts, les réflexes rotuliens sont faibles et inégaux, les achilléens complètement abolis ; il y a de l'hyperalgie. Le foie déborde le rebord costal de deux travers de doigts ; la rate est normale. Au niveau du cœur on perçoit un souffle d'insuffisance aortique.

Examens complémentaires :

Sang : urée : 0,50.

Réactions sérologiques (B.W., Meinicke, Kahn) négatives.

Urines : albumine, 0 ; glucose, 0 ; acétone, 0 ; pH, 5,8.

Commentaires :

Cette malade est une débile mentale alcoolisée. Son alcoolisation s'est faite par le mécanisme de l'entraînement, par l'exemple des camarades d'atelier et par la gourmandise. Son délire est caractérisé par l'extrême obscénité du contenu délirant en rapport avec un affaiblissement éthique certain. Une phase hypocondriaque en rapport avec des troubles de la coenesthésie, marquent le commencement de la maladie, en même temps que le thème de viol contre nature traduit le remords et le désir de récidive qui se manifeste dans les hallucinations évocatrices ultérieures. L'absurdité du délire est en rapport avec la faiblesse du jugement et aussi avec la démence commençante dont on voit la marque dans la création des néologismes. L'évolution enfin semble devoir être prolongée ; internée en mars 1938, un an et demi après le début des troubles, il n'y a pas encore d'amélioration.

OBSERVATION IV - (Observation de MAGNAN *in* : de l'alcoolisme)

D... Anastasie, 45 ans, couturière, fait depuis longtemps quelques excès de boisson, mais elle a surtout la mauvaise habitude de ne pas manger le matin et de prendre soit du vin pur, soit quelquefois du cassis. En décembre 1870 et en janvier 1871, à la fin du siège, elle a vécu presque exclusivement de pain trempé dans du vin pur. Depuis longtemps elle éprouve des maux d'estomac, et rend souvent le matin de la pituite blanche, quelquefois jaunâtre et verdâtre comme de la bile. La perte de l'appétit, le malaise de l'estomac et une soif vive la poussaient à boire et à abuser dans les derniers temps de l'eau de mélisse des Carmes. Depuis trois mois, le sommeil est mauvais ; elle a des frayeurs ; elle entend la fusillade ; des soldats pénètrent dans sa maison pour la tuer ; elle se lève, prend la lumière, regarde de tous les côtés, puis se rassure, se remet au lit disant à sa fille : « Que je suis bête, je croyais qu'il y avait quelqu'un ! »

La lumière une fois éteinte, avec l'obscurité les hallucinations reviennent ; elle essaie d'abord de porter son attention sur d'autres objets, elle ferme les yeux et s'efforce de s'endormir, c'est en vain ; tout à coup elle entend la voix de ses parents, les gémissements et les cris de sa fille que l'on entraîne ; elle s'élance hors du lit, heurte violemment les meubles, court à la fenêtre et l'on parvient à grand-peine à la maintenir ; le délire persiste jusqu'au matin ; elle voit des fantômes, des oiseaux ; des serpents glissent sur son lit ; elle voit des incendies ; elle entend un bruit épouvantable dans la rue où l'on massacre ses parents. Elle reste dans un état d'angoisse inexprimable jusqu'au jour où les hallucinations, sans disparaître complètement, laissent quelques instants de repos. La nuit suivante, les mêmes phénomènes se reproduisent, et la malade est amenée à l'asile le 2 avril 1872.

A son arrivée, elle est en proie aux hallucinations les plus variées ; tous les sens sont le siège de troubles hallucinatoires si nombreux que l'on trouve chez elle en quelque sorte le délire de plusieurs alcooliques ; elle se montre tantôt maniaque, tantôt mélancolique, tantôt stupide, et en quelques heures elle se présente sous ces différents aspects.

Comme il est rare d'observer un délire aussi varié, nous allons classer, d'après les sens qui en étaient le siège, les troubles hallucinatoires que nous trouvons pêle-mêle dans nos notes prises en suivant le délire de la malade.

Vue : Elle voit des toiles d'araignée sur le mur, des cordages, des filets avec des mailles qui s'allongent et se rétrécissent ; au milieu se montrent des boules noires qui se renflent, diminuent, prennent la forme de rats, de chats, qui passent à travers les fils, sautent sur le lit, disparaissent ; puis elle voit des oiseaux, des

visages grimaçants, des singes qui courent, s'avancent, rentrent dans la muraille ; sur la fenêtre, dans la salle, elle aperçoit des poulets qui s'enfuient et qu'elle cherche à attraper ; sur tous les toits des maisons apparaissent des hommes armés de fusils ; à travers un trou de mur elle remarque un canon de revolver braqué sur elle ; elle voit des incendies de tous les côtés, les maisons s'effondrent et s'écroulent ; tout disparaît ; au milieu de ce tumulte elle voit massacrer son mari et ses enfants. Un instant après, les arbres semblent danser et sont couverts de globes de toutes couleurs qui reculent, grossissent et diminuent ; par moment d'immenses feux diversement colorés éclairent l'horizon.

Ouïe : Elle entend la voix de sa fille, de son mari qui crient au feu, à l'assassin, au secours ; on l'injurie, on l'appelle crapule, vache, etc..., on la menace ; elle doit y passer, on a déjà coupé ses enfants par morceaux ; on va tout brûler ; elle entend des cloches, la musique, un bruit de machine à côté de la chambre ; puis des chants, des cris confus.

Odorat : Elle sent, dit-elle, le soufre, le vitriol ; ses draps sont empoisonnés, la couverture sent le pourri.

Goût : Ce qu'on lui donne est aigre, gâté, on veut l'empoisonner, ça a un goût de vitriol, quelque chose qu'elle ne peut pas dire, le poison.

Sensibilité générale : Elle sent des piqûres sur le ventre, quelque chose de pesant sur la peau ; une bête froide et mouillée se traîne sur ses cuisses, elle lui plonge un dard dans la chair ; elle sent des mouvements en dedans des jambes, les griffes d'un animal qui se plantent dans le dos.

Forme maniaque : La malade très agitée, couverte de sueurs, sans cesse en mouvements, portant les mains sur son corps, sur les murs, dans le vide, poursuit des être imaginaires, répond, crie, appelle, veut ouvrir les portes, les fenêtres, se cache, se défend, etc..., est dans un état maniaque des plus accusé.

Le pouls est large, mou, régulier, 80 pulsations ; la langue est blanche. L'épigastre est sensible à la pression. Tremblement des bras et des jambes.

Forme mélancolique : Les troubles hallucinatoires persistent toute la nuit ; mais la malade très effrayée, dans un état d'anxiété extrême, pleure et gémit.

Forme stupide : Pendant quelques heures, elle ne bouge plus, ne répond à aucune question, reste immobile, se laisse déplacer, ne fait aucun mouvement pour se débarrasser de la salive qui remplit sa bouche et coule sur la lèvre ; elle urine sous elle et reste dans un état complet de stupeur. Le lendemain dans la journée la

malade est inquiète et remuante. Elle dort quelques heures la nuit suivante.

Le 4 avril. D... est triste, elle entend encore les cris et les gémissements de ses parents ; elle a vu sa fille avec les bras coupés ; on l'injurie, on veut la faire mourir.

Lourdeur de tête, tremblement des mains, crampes dans les jambes. La malade dort une partie de la nuit ; elle est moins hallucinée ; mais les hallucinations lui laissent des idées de persécution ; elle est en prison, on veut se débarrasser d'elle l'empoisonner ; elle reste inquiète, préoccupée, regarde avec méfiance son entourage.

6 avril : L'amélioration se continue, mais la malade reste triste et conserve des idées de persécution.

Pesanteur de tête, engourdissement des membres. Le tremblement des mains a diminué. La malade commence à manger.

Quinze jours après, D... conserve quelques idées de persécution. Elle est envoyée dans un autre asile.

Commentaires :

Cette observation est intéressante par le polymorphisme des manifestations délirantes. La variété des thèmes qui montrent surtout ici les tendances sadiques et la haine familiale vive de cette femme. On note également les idées d'empoisonnement si fréquentes chez ces malades. Enfin le caractère d'agression sexuelle ne manque pas.

Les variations de l'humeur décrites comme forme maniaque, forme mélancolique, forme stupide, montrent que les délires alcooliques ne sont pas toujours dépressifs. Dans l'étiologie, il est intéressant de noter le rôle des privations.

OBSERVATION V - (Service spécial)

Auguste, âgé de 41 ans, « marchand des quatre saisons », est un homme d'aspect déprimé, triste, plaintif, de morphologie bréviligne pycnique.

Antécédents héréditaires : Le père, mineur, est mort accidentellement. Il buvait « comme tout le monde », sans excès semble-t-il. La mère est bien portante.

Antécédents collatéraux : Un frère est mort de tuberculose ; un frère et une sœur sont bien portants.

Antécédents personnels : Originaire de l'Aveyron, de famille paysanne, il est allé à l'école jusqu'à 14 ans et a eu son certificat

d'études. Son placement dans les fermes à l'âge de 12 et 13 ans explique son retard scolaire. Après l'école il s'occupe aux champs, il est vacher, puis berger. A 16 ans, il vient travailler à Paris en qualité de garçon de café ; il était garçon de comptoir, mais bien qu'il eut à sa disposition tout l'alcool désirable, il n'en usait pas, ignorant les apéritifs, préférant même boire un sirop quelconque si on lui offrait une consommation. Parti au service militaire en 1915, il a fait la guerre et a été blessé en 1916 : Plaie pénétrante par balle du thorax et du bras droit. Guéri, il repart comme volontaire à Verdun, où il est d'abord commotionné, à demi-enterré et ayant reçu à la tête des mottes soulevées par les éclatements d'obus, il reste étourdi et vomissant toute la nuit et le lendemain ; il n'eut à ce moment ni épistaxis, ni otorragie, ni perte de connaissance permettant de penser à une fracture du crâne ; le même jour, il fut blessé par éclat d'obus à la hanche. Il a en outre été gazé. Après la guerre il reprend son ancien métier de garçon de café, travaille à « la grande roue ». En 1920 il se marie et pour gagner un peu plus d'argent travaille chez un charbonnier en plus de son métier habituel. De son mariage il a eu trois enfants bien portants. Les renseignements recueillis font connaître qu'il n'était pas très sociable, jaloux, mais « un peu affectueux ». Il n'a jamais eu de maladies, sauf la « congestion du foie » et quelques angines.

Histoire de la maladie : Depuis deux ans il avait abandonné son métier pour celui de marchand de quatre saisons. A ce moment il se mit à boire davantage, entraîné par les camarades et surtout pendant les achats aux halles ; il buvait surtout pour se réchauffer des « Claquesins à l'eau » chauds deux à quatre fois par jour. Le matin il prenait deux ou trois « cafés arrosés » et quelques verres de vin blanc, il allait « au bistrot avec la compagnie ». Cet état d'imprégnation alcoolique s'accompagnait des symptômes classiques : vomissements bilieux le matin, anorexie par intermittence, insomnie et cauchemars habituels, rêves de guerre, de poursuite par des hommes armés, onirisme : « je voyais des bêtes noires », sensation de chute dans un gouffre ; il aboutit à un épisode subaigu avec réactions pantophobiques. Un jour, le malade entend secouer la porte de l'appartement ; pris de peur il s'arme d'un fusil et le décharge sur la porte. C'est alors qu'on l'interné pour la première fois le 17 février 1938. A l'asile bientôt tout se calme, on le fait travailler et au bout de deux mois on le rend à sa femme. Mais dès ce moment, quelques jours avant la sortie, étaient apparues des idées délirantes de persécution accompagnées d'interprétations et peut-être d'illusions ou même d'hallucinations auditives, « ils parlaient entre eux et puis ils me regardaient en même temps, ils parlaient de Villejuif, de

Ville-Evrard, ils parlaient de piqûres, disant que je ne sortirai pas ». Ces phénomènes n'ayant pas été remarqués, il est mis en liberté et dès son retour les persécutions commencent : il entendait les voisins parler dans l'escalier : « tiens voilà le condamné qui est là... la fille va se faire faire un indéfrisable et le père est arrêté demain », il entendait des menaces qui lui causaient une vive anxiété, mais il était surtout peiné par les réflexions désobligeantes et les commentaires ironiques de ses actes parce qu'il faisait le ménage, repassait le linge pour éviter des fatigues à sa femme. Il entendait distinctement des hommes, des femmes, des « commères ». Dans la rue il était poursuivi et éprouvait une vive frayeur : « je me suis senti poursuivi boulevard Magenta, j'ai vu trois ou quatre jeunots, ils rigolaient, je ne sais pas si c'était après moi ». La certitude d'être poursuivi venait aussi des propos des voisins, aussi vivait-il dans une anxiété continuelle : chez lui on le voyait, on commentait ses actes, et il n'osait pas descendre l'escalier tant il avait peur que les menaces qu'il avait entendues ne soient mises à exécution. Il était jaloux de sa femme et irrité contre sa fille. Celle-ci ne disait-elle pas à sa mère « si celui-ci ne te plaît pas tu en prendras un autre » ou bien elle laissait tomber ses clefs pour dire « ils sont deux ». Il pensait être empoisonné, mais il ne veut pas en convenir : « il me semblait qu'on assaisonnait mes repas, il m'a paru qu'il y avait de la poudre dans mes aliments ».

Le 24 mai, deux mois et demi après la sortie, il commet un acte grave qui amènera son deuxième internement : il était allé comme d'habitude faire ses achats aux halles avec sa femme, il en revint seul pour faire la vente de ses légumes. Vers dix heures du matin, il vit deux individus s'avancer vers lui et dire intelligiblement : « il ne faut pas acheter à lui, car il n'est pas intéressant ». Bouleversé, se croyant traqué, il se sauve : « j'ai parti, j'ai couru, je suis allé voir un de mes copains, nous avons bu un verre, un saumur, peut-être plusieurs, puis je suis allé voir ma fille ». Il voulait lui faire ses adieux avant de mourir car il pensait être condamné. Ne la trouvant pas, il prend un taxi et revient chez lui pour attendre sa femme, mais comme elle n'est pas rentrée, il va l'attendre en prenant un apéritif. Il s'était armé d'un rasoir sous le prétexte de le faire repasser, mais en réalité parce qu'il avait le sentiment de courir un grand danger. Lorsque sa femme arrive, il perd conscience de ses actes : « j'ai vu une boule de feu, dit-il, j'ai frappé... quand je suis revenu à moi, j'ai cru que c'était quelqu'un qui l'avait frappée ». Il avait l'impression d'être poussé par une force étrangère, il était dominé par la peur.

On le conduit à l'hôpital, d'où il est dirigé vers Henri-Rouselle, où il est interné le 7 juin avec le certificat suivant : « Alcoo-

« lisme chronique. Déjà interné pour alcoolisme subaigu et traité « à l'asile-clinique. Sortie le 7 avril dernier. Récidive immédiate. « Idées secondaires de persécutions. Interprétations. Se croit insulté. Onirisme. Obnubilation intellectuelle.

« Jalousie conjugale et impulsivité meurtrière (dans un moment d'égarement), ajoute-t-il. Tentative d'égorgement de sa femme et de lui-même par rasoir. Avait déjà tiré un coup de fusil dans la porte de son logement avant l'internement de février 1938. Disparition des cauchemars, mais persistance du « tremblement, et d'un état de dépression sub-anxieux... »

Docteur DUPOUY.

A l'asile, le délire de persécution et de jalousie se poursuit avec de nouveaux éléments. Ses ennemis ont réussi à mettre dans leur complot un infirmier qu'il désigne et il se plaint dans une lettre qui montre la continuité et le développement de la construction délirante : « Docteur, je suis innocent de tout ce que l'on m'accuse et je ne suis que le pantin d'une odieuse machination. « Monsieur Plau, infirmier à Sainte-Anne, a persuadé à ma femme « qu'il fallait me supprimer pour filer le parfait amour, il a même « entraîné ma fille, c'est ignoble... », puis il revient à ses idées d'empoisonnement et accuse rétrospectivement ses persécuteurs d'avoir payé des hommes pour le faire tuer dans l'escalier. Il y adjoint des interprétations : « l'après-midi, nous sommes allés au cinéma qui a été choisi par elle ; au moment des attractions elle a frappé 12 fois sur son épaule droite, signe désigné sur l'heure où elle devait me faire passer pour fou dans mon travail ».

Trois jours après avoir écrit cette lettre, il prétend réduire toutes ses idées délirantes : « je ne sais pas comment j'ai pu penser toutes ces bêtises... je croyais que c'était ma dernière journée et alors en me réveillant le matin, j'ai vu que j'étais toujours là et j'ai compris que ce n'était pas vrai », mais l'aveu : « quand je suis comme ça, les oreilles me sifflent beaucoup » devait faire penser à la réticence et le diagnostic de bouffée hallucinatoire posé à ce moment devait être infirmé par l'évolution ultérieure. Dès le 8 juillet il vient se plaindre qu'on ne lui laisse pas voir sa femme et qu'il l'entend pleurer : « avant-hier soir elle est venue et puis elle a donné un colis avec un paquet de tabac, des cigarettes et des boîtes de conserve ». Après une longue période de réticence où il admettait entendre « des murmures » un interrogatoire systématique et prolongé a révélé l'existence, chez ce malade, d'un délire de persécution remarquable par sa richesse et le polymorphisme de ses manifestations.

Etat actuel (novembre 1938) : Les hallucinations auditives prédominent, elles sont intenses, survenant pendant l'examen, parfois

unilatérales, le malade les entend d'une oreille, puis de l'autre ; leur localisation est nette, plus ou moins rapprochée, mais toujours extérieure. Il entend des cris, des menaces, des appels, ce sont des voix connues, familières. Il reconnaît sa femme, sa fille, son fils, sa sœur et leurs persécuteurs.

L'automatisme mental coexiste, se traduisant par la prise de la pensée : « on capte tout ce qui se passe dans ma tête... je suis sûr que vous le savez », par l'impression de pensée devinée : « vous savez ce que je pense, ce matin j'ai pensé que vous me tendriez la main et vous l'avez fait », mais il a le pouvoir de connaître les pensées d'autrui, ce sont les pensées étrangères imposées « qui font comme la T.S.F. dans la tête » ; les deux impressions se combinent pour donner les idées de médiumnité « On se sert de moi pour connaître la pensée des autres » ; ces idées sont peu extensives, il croit être un sujet d'exception et il en retire un certain orgueil, peut-être y voit-il même une explication des persécutions dont il est victime. Il a des impulsions verbales : « on me fait parler ». Enfin les représentations mentales visuelles sont qualifiées de « télévision ». Elles sont comme projetées, colorées mais sans relief, elles rappellent l'onirisme que le malade a déjà éprouvé à son entrée, apparaissant surtout la nuit ou avec l'occlusion des paupières, moyen que le malade emploie quand il veut entrer en relation avec ses persécuteurs ; les visions sont le plus souvent allégoriques ou obscènes.

Le délire est systématisé en un roman de persécution, de rapt, et d'attentats sexuels sur la famille du malade où cristallisent les tendances jalouses qu'il présentait au début de la maladie et qui maintenant sont niées formellement. Les persécuteurs ont machiné l'internement, puis le transfert à Ville-Evrard, où le malade n'avait aucune raison d'aller : « On joue tranquillement aux cartes avec les camarades, un beau jour, une voiture, c'est pour Ville-Evrard ». Ils lui font connaître que : « Sous l'asile, dans les souterrains, il y a peut-être un enculodrome... C'est la Préfecture de l'enculodrome de Ville-Evrard... C'est les gens en dessous... Ils parlent de faire des pipes, de baiser, d'enculer... » et voilà que sa propre famille est victime de ces déchainements érotiques. Il entend crier sa femme, sa fille, son fils, ils lui font connaître leur sentiment : « Ma fille en rigole, mon fils aussi, mais ma femme en souffre ». Les représentations visuelles le font assister à ces scènes : « Ces visions viennent des souterrains, à moins qu'il n'y ait un cinéma ». Parfois ce sont des caricatures ou des obscénités dont il ne peut s'empêcher de rire. Il voit aussi « prendre un poignard et le mettre dans le cœur de quelqu'un » ; c'est une allégorie, une allusion aux intentions des persécuteurs. Parfois on lui reproche des opinions politiques qu'il n'eut jamais, on l'ap-

pelle cagoulard, son béret est une cagoule. On lui fait voir son propre bulletin de vote, mais falsifié et il comprend qu'il a voté contre son opinion. On le traite de voleur, d'assassin, et on le menace : « On vient de me dire que ma place est dans la Marne et dans la Seine ». On veut le pousser à se jeter à l'eau ou à se donner un coup de rasoir.

A côté de l'atteinte du jugement, ce malade présente une diminution de l'attention spontanée en rapport avec le parasitisme des phénomènes hallucinatoires. Il est légèrement bradypsychique. La mémoire des faits anciens semble peu atteinte et il raconte avec précision dans quelles circonstances il fut blessé à la guerre et quelques faits de son passé. L'affectivité paraît diminuée actuellement, ce qui se traduit par l'indifférence, la résignation avec laquelle il admet que sa fille et son fils se livrent aux débauches de « l'enculodrome », dont ils « rigolent » alors que sa femme en souffre, persistance d'idées de jalousie intégrées dans le thème de persécution.

Examen physique : Les mains sont froides et cyanosées, un certain tremblement digital persiste. Les réflexes tendineux sont vifs, ainsi que les réflexes pupillaires, mais il faut tenir compte d'un traitement par la strychnine avant cet examen.

Le malade présente parfois des douleurs dans la région précordiale irradiant vers la clavicule, il a de l'aortisme ; les bruits du cœur sont un peu assourdis, ils sont irréguliers. La tension artérielle est de 19-8 (Pachon).

Examens complémentaires :

Sang : Réactions sérologiques (B.W., Meinicke, Kahn) négatives.
Urines : albumine, 0 ; sucre, 0.

Commentaires :

L'imprégnation alcoolique ancienne se traduit ici par les stigmates habituels. Elle aboutit à un premier épisode sub-aigu pantophobique qui entraîne le premier internement du malade. Et c'est au cours du sevrage, à l'Asile, que le malade commence à remarquer des propos malveillants à son adresse. Mais à ce moment, ces symptômes, sans doute des illusions auditives, ne sont pas remarqués et c'est lorsqu'il se retrouve dans le milieu familial qu'il est à nouveau la victime de persécutions plus nettement caractérisées. Les voix le tournent en dérision parce qu'il s'occupe du ménage comme une femme, ce qui est l'extériorisation probable de complexes homosexuels. Notons encore ici les thèmes d'em-

poisonnement et de jalousie, sa fille se faisant la complice de sa femme, on voit ici la projection d'une jalousie incestueuse que les hallucinations révéleront plus clairement par la suite. Survient la réaction violente de suicide collectif au cours d'un raptus anxieux après une matinée vécue dans la terreur par suite d'une nouvelle imprégnation éthylique massive ; la soudaineté, le caractère apparemment amnésique du geste pourraient faire songer à la comitialité, en fait l'amnésie n'est pas réelle, il s'agit d'un défaut d'intégration du geste exécuté comme une réaction de défense dans un état de terreur extrême.

Après l'internement, le délire se poursuit avec les mêmes thèmes qui évoluent sur un fond d'anxiété. Le thème de jalousie se développe, d'abord interprétatif (l'infirmier qui commet l'adultère avec sa femme), puis intégré complètement dans le délire hallucinatoire où nous voyons la femme, la fille et le fils du malade livrés à une débauche effrénée. L'obscénité des hallucinations et des représentations est un caractère important en rapport avec un amoindrissement inconscient des inhibitions éthiques du malade, et les scènes souterraines peuvent être considérées comme une libération des tendances jalouses incestueuses et homosexuelles de ce malade.

OBSERVATION VI - (Service spécial)

Alfred, âgé de 56 ans, chiffonnier de son état, est un homme de petite taille, d'aspect déprimé, mais dont le faciès caractéristique, le teint coloré, le nez bourgeonnant de rosacée, trahissent le vieux buveur invétéré. Il absorbait quotidiennement trois litres de vin rouge.

Histoire de la maladie : Depuis six mois il était insomniaque, en proie à l'onirisme : « la nuit ils entraient dans ma chambre, c'était pour me faire peur, ils venaient pour me faire des niches, c'était pour me faire du mal, et aussitôt que je m'habillais, ils étaient partis ». Au cours d'un raptus anxieux, il fit enfin une tentative de suicide par coup de couteau dans la région précordiale. Hospitalisé dans un service de chirurgie, il fut, après un mois de traitement, interné avec le certificat suivant :

« Etat délirant de type alcoolique à thème de persécution sans « grande anxiété ; on va le faire passer en jugement et l'exécuter

« aujourd'hui... Cet état qui semble chronique et sans rapport avec
« un état anxieux actuel, mais au contraire en relation avec un
« éthylisme ancien nécessite... »

(Docteur TINEL).

A l'admission, le docteur X. Abély note : « Alcoolisme chronique
« avec obtusion, dysménie, affaiblissement éthique, troubles du
« caractère, idées délirantes de persécution alimentées par des
« épisodes oniriques, onirisme très actif depuis six mois, pré-
« tend-il, hallucinations visuelles et auditives nocturnes (gens
« masqués armés de couteaux faisant irruption dans sa chambre,
« accusations extraordinaires, menaces d'exécution). Tremblement
« de la langue et des mains, bruits du cœur sourds, spécificité
« possible contractée en 1918. »

A son entrée dans le service, le 22 janvier 1938, il se présente avec un certain degré d'obnubilation et de bradypsychie, semble déprimé, répond peu aux questions posées, mais plus que de la dépression il présente un état d'affaiblissement intellectuel, un abrutissement dementiel qui explique d'une part l'extrême pauvreté du thème délirant et d'autre part la stéréotypie des hallucinations auditives qui vont rester presque identiques pendant les cinq mois que le malade va passer dans le service. L'affaiblissement intellectuel explique également la suggestibilité : il est accessible à la persuasion, rectifie volontiers ses idées délirantes jusqu'à la réapparition de nouvelles hallucinations. Il décrit un protocole hallucinatoire stéréotypé : « J'entends toujours dans mes oreilles que je dois passer en jugement, il doit se passer un procès pour moi, j'entends une sonnette, puis on appelle M. A... Alfred, ils disent que je suis inculpé, que j'ai tué ma famille, je veux être tranquille à ce sujet parce que je n'ai rien fait, je viens encore de l'entendre, il y a une sœur là-haut, peut-être qu'elle a été exécutée. »

Parfois les juges discutent et répètent indéfiniment « régulier ou pas régulier ». Un jour ils se sont même disputés et sans doute par erreur, ils se sont « exécutés entre eux, ils se sont tués », ce qui ne les a pas empêchés de continuer leur « jugement ».

Les hallucinations conservent toujours le caractère auto-accusateur, mais il n'y a pas d'explication délirante sous-jacente. Le plus souvent le malade s'étonne d'être ainsi passé en jugement et surtout d'être condamné. Cependant il formule une explication absurde et mégalomaniacale : « soi-disant que j'avais des parents qui étaient riches et puis ils m'ont rendu fou et je suis venu ici ».

Avec le temps, l'affaiblissement intellectuel ne fit que s'accroître. Alfred restait immobile, absolument inactif, attentif à enten-

dre son « jugement », mal orienté dans le temps et l'espace ; il eut même de fausses reconnaissances.

Il fut transféré le 12 octobre 1938.

Examen physique : A l'entrée, tremblement digital. Réflexes rotuliens et achilléens vifs. Pupilles légèrement inégales et réagissant normalement à la lumière.

Examens complémentaires :

Sang : Réactions sérologiques (B.W. Meinicke, Kahn) : négatives.

L.C.R. : albumine, 0,68 ; leuco, 0,8.

Réaction de Pandy : + Réaction de Weichbrodt : 0.

Benjoin : 00000.22221.00000.

B.W. : 0. Meinicke : 0.

Urines : albumine, 0, sucre, 0.

Sécrétion gastrique : hypersécrétion, acidité totale, 0,25 ; Cl H libre, 0.

Commentaires :

Le malade est un alcoolique ancien parvenu à un stade démentiel d'où l'extrême pauvreté du délire et l'existence d'idées mégalomaniques absurdes. C'est à peine si le thème existe : il est accusé d'avoir tué sa famille, mais il ne comprend pourquoi ; il n'y a aucune ébauche d'explication délirante. La chronicité, la déchéance dont il s'accompagne, caractérisent cet état. Il n'y a pas, comme dans la psychose de Korsakow, une fabulation compensatrice et ce malade est dément dans son jugement comme dans son imagination.

OBSERVATION VII - (Service spécial)

Oscar, âgé de 61 ans, forgeron, est un gros homme de petite taille, bréviligne, le cou court, la tête ronde, le visage plein, les yeux saillants à fleur de tête réalisent le type pyénique.

Antécédents héréditaires : Pas d'antécédents psychopathiques familiaux connus.

Antécédents personnels : Congestion pulmonaire et insuffisance hépatique ancienne (ictère pendant le service militaire).

Sa femme définit ainsi son caractère : « Il était doux, soigneux, correct, sociable, mais il avait toujours l'idée soupçonneuse qu'on lui voulait du mal et il cherchait des amis pour le protéger. »

Histoire de la maladie : Il a été interné le 17 février 1938 : « Est atteint d'aliénation mentale ; syndrome délirant de persécution, hallucinations à prédominance auditive d'origine alcoolique, susceptibilité, méfiance : « on échange sur son passage des

« propos injurieux à son égard, on le menace d'emprisonnement, « on l'accuse de faux, on désire le faire disparaître ». Préoccupations hypocondriaques diverses, idées de revanche et de vengeance rendant ce malade particulièrement dangereux pour les autres et nécessitant son placement... »

(Docteur LARGEAU).

Le 19 février, le docteur X. Abély note dans le certificat immédiat : « Est atteint d'alcoolisme chronique avec obtusion, dysmnésie, viscosité psychique, hallucinations auditives à prédominance nocturne (injures, menaces), idées de persécution peu systématisées, vagues idées hypocondriaques, tremblement de la langue et des mains, aveux d'excès alcooliques, obésité, emphysème, traité pour maladie de foie, présénilité. A maintenir.

A son entrée au Service spécial, c'est un malade au faciès congestif, presque cyanosé, marqué de couperose. Il paraît confus et anxieux, se confie difficilement et seulement après avoir été mis en confiance par des paroles rassurantes.

C'est un vieux buveur et, s'il n'avoue que deux litres de vin par jour il convient avoir bu davantage le samedi et le dimanche et les renseignements recueillis permettent d'affirmer une consommation quotidienne de deux litres et demi à trois litres de vin ; il présente d'ailleurs des signes nets d'imprégnation alcoolique : il se plaint de pyrosis qu'il nomme « des brûlants », de digestions difficiles, de tremblement des doigts et de la langue, de crampes des membres inférieurs à une époque surtout où il buvait du cidre.

Depuis trois mois, Oscar présente un délire de persécution peu systématisé accompagné d'hallucinations auditives qui atteignent actuellement leur paroxysme. Les voisins faisaient du tapage, ils faisaient la noce, ce qui entraînait de la part des autres locataires des plaintes et des récriminations : « Sales youpins », disait-on au-dessus à ces gens tapageurs et, de lui-même on se plaignait en ces termes : « C'est encore le gros Oscar qui fait du tapage ! »

Puis, « les voix » sont devenues plus menaçantes, plus précises et plus injurieuses. Il entendait la concierge lui reprocher d'entraîner son mari à boire et le menacer de le « faire foutre en prison à cause du tapage nocturne ». Quand il se met à la fenêtre il est insulté grossièrement. Le médecin traitant consulté lui remet une lettre en vue de son admission à l'hôpital. Alors qu'il est admis, puis interné, il entend déclarer par ses persécuteurs que la lettre du médecin est un faux et qu'il va être envoyé aux travaux forcés ou guillotiné. A partir de ce moment les hallucinations se font de plus en plus menaçantes et l'anxiété du malade atteint un degré extrême.

Il se retranche dans un mutisme dont il sort parfois pour crier son innocence. Il se dérobe à toute tentative d'examen et regarde en tous sens avec une expression de terreur.

Pendant six mois, ce malade est resté dans un état de stupidité muet, inerte, fuyant l'examen et détournant son regard avec hostilité. Il semble halluciné et par ses gémissements on peut supposer qu'il s'attend à être exécuté d'un moment à l'autre.

Traité par la strychnine, il a présenté une amélioration de son anxiété, il est sorti de son inertie, de son mutisme, il a commencé à travailler un peu et à dire quelques mots quand on lui adresse la parole. Mais au bout de quelque temps il est retombé dans un état de prostration avec apathie, indifférence, où il est encore actuellement.

Examen physique : La réflectivité tendineuse et oculaire est normale.

Examens complémentaires :

Sang : urée, 0,35.

Réactions sérologiques (B.W., Meinicke, Kahn) négatives.

Urines : albuminurie transitoire, 0,25.

Commentaires :

Chez ce malade, existe un affaiblissement intellectuel certain. Sur ce fond, l'anxiété prédomine, une anxiété extrêmement vive. Le thème est très pauvre ; cependant, nous y reconnaissons la notion d'une punition, l'accusation de tapage et d'inconduite qui serait dirigée contre les voisins, mais le « gros Oscar » sait bien que c'est lui qu'on soupçonne de « faire la noce », la concierge ne lui cache pas d'ailleurs qu'il entraîne son mari dans ses habitudes déréglées. Il y a lieu de noter la morphologie nettement pycnique du malade et le caractère dépressif du syndrome qu'il présente.

OBSERVATION VIII - (Obs. XXXVIII de MAGNAN
in : de l'alcoolisme)

Délire de persécution offrant deux périodes d'excitation, dans lesquelles se montrent des hallucinations rappelant l'origine alcoolique.

La malade C..., femme R..., âgée de 33 ans, entre à Sainte-Anne le 16 février. Cette malade, née d'une fille-mère, et ne connaissant pas son père, s'imagine, à plusieurs reprises, être issue, soit de riches propriétaires de son pays, soit de fonctionnaires occupant des positions élevées ; d'autres idées délirantes viennent ensuite

s'ajouter aux premières, elle croit qu'on lui cache son origine pour lui dérober une fortune, que des gens organisent des complots contre elle, qu'on fait disparaître des papiers, etc...

Depuis quelque temps, elle boit et prend de l'anisette en assez grande quantité. Les nuits sont mauvaises, le délire de persécution devient plus actif : *on l'accuse d'avoir volé ; des hommes et des femmes courent après elle, l'injurient, veulent la faire emprisonner ; on la menace ; elle aperçoit des fantômes, des ombres dans sa chambre.* Très effrayée et voulant en finir elle se précipite par la fenêtre.

Elle arrive à l'asile Sainte-Anne, avec une vaste contusion de la fesse gauche, elle est inquiète, elle a peur ; on l'accuse, dit-elle, on lui veut du mal ; on la tourmente.

La nuit les hallucinations sont plus fréquentes, elle voit des ombres passer au-dessus de son lit, elle aperçoit des visages à la porte, derrière les vitres ; des fantômes rôdent autour de son lit, etc...

Le tremblement des mains est très peu accusé.

Les hallucinations et l'agitation persistent une quinzaine de jours, mais elles sont suivies de délire de persécution qui n'a pas entièrement disparu quand la malade sort de l'asile quatre mois après.

Revenue auprès de son mari, elle s'occupe assez régulièrement du ménage, mange avec appétit, et dort tranquillement, toutefois elle continue à parler de sa naissance, des personnes qui veulent la voler et prétend connaître maintenant l'habitation de son père. A plusieurs reprises, elle se présente chez un fonctionnaire, directeur d'administration, l'appelle son père, lui témoigne la plus vive affection. La voyant folle, on l'accueille deux ou trois fois avec ménagement, puis on la congédie doucement.

Plus tard, la porte restant close, elle se met dans une violente colère, injurie les concierges, fait du scandale.

Bientôt elle recommence à boire ; le délire devient plus actif, elle ne reste plus à la maison ; parée de ses habits de fête, elle rôde dans les rues, attendant et cherchant la personne qu'elle appelle son père ; elle s'excite plusieurs fois chez elle ; dort mal, entend le canon, la fusillade, elle aperçoit des oiseaux noirs et blancs voltiger dans la chambre ; elle voit le diable ; se lève, ouvre les fenêtres, crie, s'agite, etc...

Elle rentre une deuxième fois à l'asile, le 7 avril, quatorze mois après la première séquestration.

Elle est assez calme dans la journée, mais la nuit elle aperçoit des ombres et des fantômes, elle entend des voix qui la menacent ; tout remue au-dessous de sa chambre, on frappe, on fait un bruit épouvantable, c'est, dit-elle, comme dans l'enfer.

Les mains offrent un tremblement à peine appréciable.

Au bout de quinze jours, les hallucinations pénibles de la nuit ont cessé, les idées de persécution restent ce qu'elles étaient avant cette période d'excitation.

Commentaires :

« On trouve chez cette malade un délire persistant, toujours le même, tendant à se systématiser ; à deux reprises, il s'exagère, sous l'influence de l'excitation alcoolique, puis il se combine avec des hallucinations mobiles, multiples, variables, survenues à la suite des excès et disparaissant avec la cessation de ces derniers. Ce sont là deux ordres d'accidents d'origine différente, que l'analyse d'ailleurs permet de distinguer. »

Il faut noter ici l'importance du ton instinctivo-affectif, l'existence de périodes d'excitation. Le rôle de l'onirisme et probablement aussi des rêves dans l'élaboration du délire, semble également devoir être invoqué ici.

OBSERVATION IX - (Service spécial)

Aimé, âgé de 35 ans, est interné depuis un an. C'est un homme d'aspect triste, déprimé, il répond à voix basse et avec réticence aux questions qui lui sont posées ; il s'exprime habituellement par phrases brèves, peu explicites, qu'il faut lui arracher par questions directes. Lorsqu'il est embarrassé il détourne les yeux, baisse la tête, fait une réponse imprécise parfois sans rapport avec ce qui lui est demandé.

Antécédents héréditaires : Le père est mort à 71 ans d'un iclus, il était alcoolique. La mère, âgée de 70 ans, est bien portante.

Antécédents collatéraux : Un frère est bien portant, un autre est mort d'hémithorax traumatique.

Antécédents personnels : Originaire du Morbihan, il a eu son certificat d'études à 12 ans, puis il a travaillé aux champs. En 1921, il fait son service militaire à Paris, où il connaît des camarades, « des bons et des mauvais ». Après sa libération il retourne à la ferme de ses parents. En 1929, il vient à Paris « pour changer de place ». Il a été ouvrier biscuitier dans plusieurs maisons. Il s'est marié un an avant son internement.

Histoire de la maladie : Aimé, qui buvait quotidiennement 2 litres de vin, présentait des signes d'imprégnation éthylique : du tremblement, des crampes des membres inférieurs, des pituites matu-

tinale qu'il interprétait, il pensait que le vin était empoisonné, il voyait des particules solides « comme des comprimés » dans son verre. Il avait des cauchemars fréquents et de l'insomnie. Les idées de jalousie ne manquaient pas à ce tableau d'alcoolisme chronique qui aboutit il y a un an environ à un épisode subaigu confusionnel et pantophobique avec tentative de suicide ayant nécessité l'hospitalisation et l'internement du malade avec le certificat suivant :

« En observation à l'hôpital Henri-Rousselle, est atteint d'alcoolisme chronique (en chômage depuis trois mois). Accidents « subaigus confusionnels. Onirisme. Idées de persécutions avec « hallucinations auditives. Entend des voix qui l'appellent par « son prénom. Il y a des gens qui le guettent autour de chez lui. « On veut le tuer, l'empoisonner. Vellétités de faire analyser son « vin. Suspecte sa femme qui a peut-être quelqu'un et qui cher- « cherait à se séparer de lui ou même à le faire disparaître. Ten- « tative de suicide. Coup de rasoir à la gorge. Envoyé à l'hôpital « Boucicaut, qui nous l'adresse comme agité dangereux pour son « entourage. Tremblement. Hypertrophie hépatique. Légère leuco- « plasie buccale... »

(Docteur DUPOUY).

A son arrivée dans le service, il explique sa tentative de suicide : « c'est un coup de colère... je croyais que j'étais traqué, atteint dans ma personne ». Réticent et irritable, il dissimule ses convictions délirantes. Mais bientôt il se plaint d'être intoxiqué par « des fuites de gaz », il se sent traqué, on veut le mettre dans les « chambres à gaz ».

Au bout de trois mois le délire devient plus accessible. L'anxiété est vive et prédominante, il a le sentiment d'un danger imminent, on a résolu de l'exécuter : « c'est pour quand ? dites-moi quand ? alors ce soir ou lundi ? ». Il croit être ici la victime des médecins, toute parole est interprétée dans le sens d'un arrêt fatal, il guette le moindre indice prouvant qu'il est condamné à mort : « alors tant pis ! c'est fini, quand vous voudrez ». Certain d'une exécution imminente, il dissimule courageusement sa peur que traduisent sa pâleur et un léger tremblement du maxillaire inférieur.

En même temps le thème d'influence et de dépersonnalisation se développe : on se sert de lui pour faire un film, il ne sait s'il est dans un hôpital ou dans un studio « c'est par l'hypnotisme ». Ses actes sont commentés, il perçoit des hallucinations floues, sans localisation. Les hallucinations olfactives persistent, « gaz, odeurs délétères » mal définis, mais destinés à l'intoxiquer. Au bout de quelque temps, l'anxiété s'atténue, mais il se croit toujours à « Hollywood » (prononcé à la française), qui est un studio

« aux environs de Paris ». Un jour, il présente pendant quelques minutes un état de confusion extrême rappelant les états crépusculaires, il cherche à grimper le long d'un mur ; revenu à lui, il déclare qu'il se croyait chez lui, il voulait monter l'escalier, et pendant une dizaine de jours, il reste confus, présente des illusions de fausse reconnaissance : « il nous connaît depuis longtemps ainsi que les infirmiers, ce sont des camarades d'école », il donne des noms, il reconnaît et nomme plusieurs personnes dont il voit la photographie sur le journal.

Le syndrome de dépersonnalisation se complète et s'accompagne d'idées de transformations, dans la glace il se trouve changé, grossi, « c'est par la télévision ; c'est le même homme, mais c'est plus gros et plus mince ». Maintenant il se dédouble, « il y en a un autre qui me ressemble beaucoup et qui couche dans la chambre, c'est lui qui est mis à ma place, sa physionomie apparaît sur les journaux, on appelle ça une évolution. C'est le développement de la science sur la vie ». Des néologismes font leur apparition : la nuit il s'entend appeler, cela vient des « rebords des électrodes ». L'anxiété a disparu, il sait qu'on ne va pas le tuer, il n'a pas fait de mal ; il sourit en parlant, mais il sait être « surveillé par les lampes ». Quelques mois plus tard il est encore déprimé, paraît indifférent, ne pouvant dire si son enfant est une fille ou un garçon. Il sourit parfois sans motif, on note une ébauche de maniérisme. Le cinéma continue, « quand est-ce que ce sera la fin ? ». Il en est excédé, parfois son indignation explose : « mais sur quelle base est-ce que vous voulez nous empoisonner toute notre famille ! ». Cependant il est toujours calme, sans impulsions violentes, il est résigné : « vous pourrez faire tout ce que vous voudrez ».

Etat actuel : L'examen montre une orientation correcte dans le temps et l'espace. Il sait la date. Il n'est pas confus, mais il est déprimé, asthénique, donnant une impression de fatigue et surtout d'indifférence. Son activité est nulle ; il ne cherche pas à s'occuper, ne parle pas à ses compagnons. Il paraît absorbé dans ses pensées, mais ne les extériorise pas spontanément par ses paroles ou ses gestes. Il s'exprime souvent sur un mode impersonnel avec une prédilection pour les termes « on » et « nous ».

L'interrogatoire révèle l'existence d'idées délirantes très pauvres à thème d'influence et de dépersonnalisation : « A la fin de 22 on m'a jeté un sort, c'est une vengeance », il est traqué « par une main cruelle », il a été victime d'attaques contre son esprit : « c'est mon père qui me l'avait donné cet esprit, je devais le développer et puis il y a des méchants qui m'ont donné le vice... c'est quand on est devenu homme ». Continuellement on lui fait « du cinéma ». Il semble exprimer ainsi un sentiment de

dépersonnalisation, de projection de sa personnalité. Il dit reconnaître sa voix et sa personne dans les rares films qu'il a eu l'occasion de voir : une fois dans un cinéma de Paris et à deux séances cinématographiques de l'asile. Il pense être la victime de l'autorité militaire ou des médecins.

Il semble avoir des hallucinations verbales, mais il est impossible de préciser s'il s'agit de simples interprétations, d'hallucinations psychiques ou d'hallucinations auditives caractérisées.

Il exprime une certaine hostilité vis-à-vis de sa femme, « la jalousie est courante », mais il ne lui reproche rien de précis. Cependant il semble qu'il lui assigne une part de responsabilité dans le développement du « vice », notion difficilement pénétrable à contenu probablement sexuel.

Le malade réagit en se confinant dans une attitude indifférente, cependant il semble peiné du malheur qui lui arrive et supporte péniblement le parasitisme des phénomènes morbides.

L'indifférence affectée du malade est une réaction aux notions délirantes, mais l'affectivité est moins diminuée qu'il ne semblerait à première vue ; en effet il devient triste, près de pleurer lorsqu'on lui parle de ses parents, de son enfance : l'hostilité pour sa femme et sa fille qu'il ne veut pas reconnaître semble être une partie du délire et non la traduction de l'inaffectivité.

L'examen du fonds mental montre une pauvreté de l'idéation et de l'expression qui fait penser à la débilité mentale, mais les antécédents montrent qu'il y a aussi un affaiblissement acquis.

Examen physique : Il montre les extrémités froides et cyanosées ; il n'y a pas de signe d'atteinte des divers appareils, à l'exception d'une leucoplasie commissurale.

Examens complémentaires :

Sang : Réactions sérologiques : (B.W., Meinicke, Kahn) négatives.

L'héogramme montre un certain degré d'anémie :

Hématies	3.300.000
Leucocytes	6.480
Formule leucocytaire :	
Mono :	
lympho	19,5
grands mono	1,5
Poly :	
neutro	75,5
éosi	3,5
baso	0
Myélocytes	0

L.C.R. : albumine, 0,42 ; leuco, 0,4,

Réaction de Pandy : +. Réaction de Weichbrodt : 0.

Benjoin : 00000.22222.10000.

B.W. : 0. Meinicke : 0.

Commentaires :

La notion d'une intoxication alcoolique est certaine, prouvée par les aveux du malade, confirmée par l'enquête et par l'existence, au début, d'un ensemble de stigmates d'éthylisme. Lorsqu'apparaît l'état confusionnel, nous notons l'existence des thèmes de *jalousie* et d'*empoisonnement*. Cet état confusionnel s'estompe, mais laisse derrière lui un flou de la pensée ; un syndrome d'influence et de dépersonnalisation s'installe chez ce malade. Une bouffée confusionnelle réapparaît. Enfin, il semble qu'il y ait passage à un état que l'on pourrait qualifier de confusion mentale chronique, selon la terminologie de Régis, mais l'apparition de néologismes d'une incohérence apparente, enfin d'une discordance affective non pas réelle, mais délirante, nous font nettement poser le diagnostic actuel de psychose paranoïde. L'évolution montre que cette affection est consécutive à un état confusionnel. Le malade était un débile mental. Caractérológiquement, on peut le classer parmi les schizophrènes de Kretschmer : il semble avoir toujours été taciturne : « peu causant », ayant peu de camarades et se méfiant d'eux. Nous voyons, dans cette observation, une psychose paranoïde succéder à un état confusionnel d'origine éthylique.

OBSERVATION X

(Service de M. le Docteur MARTIMOR, à Maison-Blanche)

Germaine, âgée de 34 ans, est une femme souriante, maniérée et volubile. Elle reste le plus souvent isolée, travaillant fort peu, n'adressant jamais la parole à ses compagnes. Elle est complètement indifférente, expose ses idées délirantes avec un sourire discordant, des minauderies soulignant un érotisme évident et avoué.

Elle est d'un type morphologique asthénique.

Antécédents héréditaires : Le père est mort d'un cancer, la mère est bien portante. Elle a deux demi-frères, dont l'un est mort de

tuberculose pulmonaire. Il n'y a pas d'antécédents psychopathiques familiaux connus.

Histoire de la maladie : Elle a pu être reconstituée d'après les notes et les interrogatoires sténographiés de C. Pascal, alors médecin-chef du service où fut internée la malade en 1933.

Après avoir fait un premier séjour à Henri-Rousselle au début de l'année pour un épisode dépressif, une récurrence en septembre 1933 rend l'internement nécessaire avec le certificat suivant : « Etat dépressif ancien avec anxiété. Idées délirantes de persécution avec interprétations multiples : on la calomniait, on la regardait de travers, on suspectait son honnêteté. Idées d'influence ; on la force à parler malgré elle, à dire des choses qu'elle ne veut pas dire. Idées actives de suicide avec tentative récente par submersion. Sang normal. »

A l'entrée dans le service, on note : « Paranoïa toxique non systématisée. Alcoolisme comme base de fléchissement biologique. Délire d'interprétation, croyance délirante. Fond dépressif. Remords énucléés par l'alcool. Elle croit que tout le monde sait qu'elle a trompé son mari avec M. Emile. Rectification partielle. »

(Docteur C. PASCAL).

Elle semble donc avoir présenté un état dépressif atypique avec quelques éléments mélancoliques. L'existence de l'élément toxique est démontrée par les signes de la série éthylique ; pituites, anorexie notés à ce moment et rétrospectivement : cauchemars zoopiques, réveils en sursaut, elle était poursuivie par des serpents, des drôles de bêtes, du vilain monde ; elle éprouvait des crampes des membres inférieurs et des soubresauts tendineux, du pyrosis et des pituites. Enfin elle admet, comme elle l'avouait à son entrée, avoir bu du « fortifiant » et environ un demi-litre de vin à chaque repas. « J'avais de grands chagrins, dit-elle, alors je buvais un peu plus en déjeunant toute seule ».

Il semble qu'elle ait eu à ce moment une période d'onirisme : « Je voyais des personnages comme des visions, je voyais quelqu'un qui remuait derrière l'armoire, la nuit surtout ». La perte du sommeil s'accompagnait d'anxiété, elle n'osait plus dormir, elle avait peur et elle ne savait de quoi. Quand elle s'endormait des rêves étranges la réveillaient : elle trompait son mari et au réveil elle se demandait si elle n'en avait pas pris un autre pour celui-ci. Pendant le travail, au bureau où elle était employée, on faisait des allusions à cette inconduite onirique par des chansons : si tous les cocus..., des murmures : cocu !..., des insinuations : vous avez un amant ! Enfin elle entendit des grossièretés : vache ! etc..., et des ordres de suicide : tue-toi !

Deux mois après son entrée dans le service, les hallucinations auraient disparu. Elle rectifie partiellement le délire : « toutes sortes d'histoires qui me passaient dans la tête ». Mais elle fait peu après une tentative de suicide conseillée par les voix, et elle refuse de reconnaître sa fille, qu'elle pense avoir été changée. Elle présente à plusieurs reprises des périodes d'excitation, elle parle de s'évader ou de se suicider ; à d'autres moments elle est indifférente.

Etat actuel (juillet 1939) : La malade présente l'aspect typique d'une démente paranoïde. Elle emploie une phraséologie bizarre pour décrire les phénomènes qu'elle ressent. Elle est inaffective : « J'ai subi, dit-elle, un désintéressement complet... en restant toujours toute seule on est arrivé à des choses hors de cours, je suis philosophe... si nous n'avions pas connu la liberté on pourrait être heureuse ». Bien orientée, elle n'attache plus aucune valeur aux notions de temps : « je dois avoir à peu près 34 ou 35 ans, tout ça c'est de la supposition... nous sommes au printemps, il y a des petits pois... vivre, comme ça, c'est vivre en philosophe ».

Elle est transformée non seulement dans sa chair, mais aussi dans son esprit : « je suis arrivée à être mystérieuse à moi-même. On agit très souvent sur mon corps, ce sont certainement de grands esprits, nous ne le savons, c'est des sculpteurs en chair, je me suis sentie épaissie de ce côté... tout d'un coup me voilà rajeunie de dix ans, et c'est gênant parce que quand vous allez dans vos affaires on ne vous reconnaît pas... Tout mon point de vue est disparu, je suis redevenue tout à fait demoiselle comme mentalité. »

Elle est soumise à des impulsions érotiques : « ça m'agissait, je tremblais parce que la nature ça fait toujours quelque chose, je ne pouvais pas rester devant un monsieur, ça me rendait nerveuse. »

Elle éprouve des hallucinations olfactives : parfums, et gustatives : goût amer ou savonneux des aliments.

Une rêverie continuelle occupe son esprit. Elle se complait en des représentations d'érotisme mineur : « ma nuit est peuplée de rêves de choses bizarres, je me promène avec un beau jeune homme ; quelquefois c'est plus beau que la réalité et ça me fait de la peine ». Elle a repoussé ses idées de culpabilité : « les choses étranges peuvent se produire sans que nous soyons complices ».

Il n'existe aucune systématisation, ce sont des « gens qui m'influenceraient », mais elle ne les désigne pas et ne semble pas leur en vouloir. Si elle a souffert de ses rêves adultères, elle avoue que son mari lui inspirait un certain dégoût. L'ambivalence des

sentiments pour celui-ci est donc explicite, D'autre part, elle refuse de le voir, ainsi que sa fille.

Un conflit affectif qu'elle a pu préciser rétrospectivement permet de comprendre le thème initial de son délire : elle eut avant son mariage un amant nommé Emile. Après son mariage elle éprouva des sentiments de jalousie mêlée de dégoût pour son mari, ayant découvert des traces de pollutions : « j'ai trouvé chez moi des choses infectes, des mouchoirs, le lit était ouvert avec la chose dedans, alors je pensais qu'il avait voulu se soulager et je n'osais rien dire, et puis j'ai supposé qu'il amenait des femmes chez nous ». Elle eut des rêves et des représentations libidineuses évocant son premier amant : « je revoyais Emile et il me reposait, c'était en rêve et j'en souffrais beaucoup parce que j'étais mariée, c'étaient des rêves qui me troublaient qui m'étaient envoyés par quelqu'un » ; le mari et Emile se ressemblaient un peu : « dans ma commotion je ne savais plus lequel des deux je voyais » et elle fut amenée à craindre d'avoir trompé son mari involontairement. Il lui semblait qu'elle avait été violée pendant son sommeil. Les représentations mentales ont toujours eu beaucoup d'importance dans sa vie sexuelle : « depuis l'âge de 15 ans, j'ai un amant en rêve et c'est celui qui me donne les meilleures satisfactions ». Le conflit de ces diverses représentations : l'amant idéal, le mari et Emile semble avoir donné les éléments principaux du thème délirant. Par la suite, elle devait identifier Emile avec le mystérieux « Monsieur Emile » d'une affaire criminelle dont la malade se fit, dans sa rêverie, l'héroïne parricide ainsi que le prouvent ses dénégations à cette époque : « non, je ne suis pas Violette N... ». Et actuellement elle affecte de ne plus se souvenir de ce sujet de rêverie inspiré par les événements du moment.

Commentaires :

Chez cette malade, la prédisposition aux troubles mentaux est indubitable. Ses tendances à la rêverie, son indifférence réelle pour ce qui n'est pas son mari, son égocentrisme en un mot, est manifeste ; il explique les tendances autistiques qui se déclarent ensuite. L'alcoolisme a joué ici le rôle de révélateur d'un conflit affectif latent, de l'opposition du rêve et des faits réels, comme C. Pascal le note dans le certificat, les remords inconscients sont énucléés par l'alcool. On peut donc admettre qu'il s'agit d'une paranoïa toxique évoluant vers un état d'indifférence et d'inaffectivité avec une rêverie continuelle qui alimente le délire. Cet état doit être comparé, d'une part au délire de « rêve à rêve »

de Trénaunay, antérieurement observé par Moreau, de Tours, et d'autre part de ce que l'on a appelé les états oniroïdes.

OBSERVATION XI - (Service spécial)

Paul, âgé de 38 ans, marchand forain, ancien typographe, est un homme de stature moyenne, de type pycnique avec quelques éléments asthéniques. Sa mise est correcte. Il s'exprime avec facilité, mais selon un mode spécial.

Antécédents héréditaires : Son père a toujours été un buveur ; sa mère est morte « usée ».

Antécédents collatéraux : Une sœur est bien portante.

Il n'y a pas d'antécédents psychopathiques familiaux connus.

Antécédents personnels : A l'âge de trois ans, traumatisme crânien ayant laissé une cicatrice au niveau de la nuque. Convulsions et broncho-pneumonie. Il a eu une scolarité normale jusqu'à l'âge de 13 ans. Il apprit ensuite le métier de compositeur typographe, son apprentissage dura deux ans. A 18 ans, il est mobilisé. En 1917 il aurait été commotionné par l'éclatement d'une grenade et la même année il était pris par l'ennemi. Envoyé en Silésie pendant sa captivité, il y aurait contracté le typhus et le paludisme, dont il aurait eu plusieurs accès. Après la guerre, libéré, il reprit son métier de typographe en qualité de contremaître, il resta 5 et 6 ans dans les mêmes places, mais il fut atteint de saturnisme. Il dit avoir souffert de coliques de plomb et d'une asthénie marquée l'ayant contraint d'abandonner ce métier et de prendre du repos.

Histoire de la maladie : Des renseignements fournis par la femme il résulte qu'il exagérait ses préoccupations malades, devenait inactif, se refusant à travailler. D'autre part il faisait depuis longtemps des excès de boisson. Il buvait régulièrement un litre de vin rouge au repas, y ajoutait quelques « canons » dans la journée, il devait en dernier lieu « s'adonner régulièrement à l'absinthe ». Des troubles du caractère apparurent, il était irritable, surexcité, inquiet, il était jaloux et se croyait persécuté, il pensait que tout le monde lui en voulait. Sa santé le préoccupait, « il se sentait mal portant sans pouvoir indiquer l'endroit précis où il souffrait ». D'humeur très mobile, il avait des colères où il menaçait son entourage, puis il se mettait à rire aux éclats. La nuit, réveillé en sursaut par le moindre bruit, il avait des « crises où il réveillait sa femme, l'insultait et criait après les voisins, avait des visions et toujours se sentait persécuté par des personnes imaginaires ». Ces troubles, avec le temps, présentèrent une aggravation progressive qui amena le malade à consulter à l'hô-

pital Saint-Antoine, où il fut interné le 30 juillet 1936 avec le certificat suivant : « ...état confusionnel d'origine éthylique avec « idées délirantes (on va lui mettre 12 balles dans la peau, l'arrêter, etc...) et hallucinations auditives.

« L'épisode actuel, qui ne date que de quelques jours, n'est, « d'après les renseignements de l'entourage, que l'exagération « d'un état subdélirant continu, avec menaces violences, etc. »

(Docteur PAGNIEZ).

A l'admission, le docteur Courbon note : « Confusion mentale « en régression sur fond d'alcoolisme chronique. Couperose du « visage. Tremblement de la langue. »

Transféré le 6 août au Service Spécial, il présente à son entrée un certain état d'obnubilation. Il est halluciné, il entend des voix calomniatrices : « il n'a pas été au front, il n'a pas la croix de guerre... espion ! »

Le 26 septembre, l'élocution est lente et hésitante, il a un certain degré de dysarthrie trémulante. Il admet avoir été interné parce qu'il avait trop bu et ne semble plus énoncer d'idées délirantes.

Au bout de quelques jours, il est envoyé au quartier des travailleurs. Mais il devient anxieux, refuse de s'alimenter et le 13 décembre on doit avoir recours à l'alimentation artificielle qui s'avère très difficile en raison de la contracture opposée par le malade. A ce moment, il est dans un mutisme sthénique; quand on lui parle de s'alimenter il manifeste par ses gestes et quelques exclamations douloureuses le dégoût insurmontable que lui inspire toute nourriture : « c'est un excrément », dit-il du lait. Mais sa répugnance est au maximum quand on lui propose de la viande. Son attitude trahit des préoccupations mystiques. Il invoque la protection du Christ, fait des signes de croix, menace le médecin et les infirmiers des châtiments éternels. Au bout de quelques semaines, il est résigné, ne résiste plus aux soins qui lui sont donnés; enfin le 14 mars il s'alimente seul, il consent à manger quelques pommes de terre avec un peu de beurre; et, plus loquace il consent à expliquer les raisons de sa sitiophobie : « C'était la voix de mon Seigneur Jésus-Christ qui me disait de ne pas manger, c'est lui qui faisait sortir la sonde, il est en moi ». Et il expose tout un système délirant mystique fait surtout de prohibitions dont certaines seraient énoncées par la « voix de Jésus-Christ », mais la plus grande part semble être le produit d'une rêverie où prédominent les reliquats affectifs et les transpositions d'un état cœnes-thésique que nous analyserons plus loin. Que dit-il ? « Le lait est un excrément parce que, quand la vache mange, l'herbe souffre. Il ne faut pas manger de fruits parce que l'arbre souffre. La moindre des peccadilles est une grosse faute, la plus grosse de toutes

les fautes c'est de manger de la viande et vous me ferez tuer plus vite parce que mon Seigneur Jésus-Christ avec son radium... s'il n'y avait pas d'enfer il n'y aurait plus d'attrance du radium... On ne meurt pas, on est étouffé, enterré vivant. Le cerveau existe toujours... Regardez bien les nuages la forme qu'ils ont de temps en temps. »

Nous voyons ici ébauchés les thèmes favoris des rêveries qui vont envahir une partie de sa conscience.

Le 8 avril, il semble déprimé et se plaint d'être attiré en arrière. L'examen physique montre alors l'apparition d'une polynévrite des membres inférieurs avec affaiblissement considérable des réflexes ostéo-tendineux et hyperesthésie. L'atteinte des membres supérieurs se traduit par une diminution de la force de flexion des mains. Après le traitement habituel, il présente une rapide amélioration avec retour à la normale de la réflectivité et de la locomotion notée le 30 août. A ce moment le malade, bien que restant encore un peu figé et indifférent donna l'impression d'être complètement guéri.

Le 16 septembre, sa femme révélait qu'il dissimulait soigneusement son délire, il restait convaincu de la souffrance des choses et se proposait à sa sortie de ne vivre que de pain et d'eau. Alors que les lettres qui étaient contrôlées ne présentaient aucune anomalie, les écrits qu'il remettait à sa femme présentaient un caractère nettement délirant. Depuis, il a toujours été calme, travaillant régulièrement, n'exposant jamais spontanément ses préoccupations délirantes, il semble un peu indifférent, souriant.

Etat actuel (décembre 1938) : il expose lorsqu'il en est prié ses convictions; épisodiquement il présente des hallucinations auditives : « voix extérieure, fort bien articulée... je suis persuadé que les autres l'entendent » et faisant allusion à ses compagnons hallucinés « ceux qui ont compris que ces voix sont d'origine divine font le signe de croix » et il se moque en souriant avec supériorité de « ceux qui disent que cela vient des fils électriques ou des tuiles ». Ces voix sont celles de parents décédés et ensevelis qui se nomment et donnent au malade des renseignements ayant l'aspect de jeux verbaux stéréotypés que nous retrouvons avec une plus grande richesse dans sa correspondance : « nous sommes originaires de Seine-et-Marne, Mahry-sur-Marne. Nous nous appelons Terre, Sans Terre, Prince, Valois et Capet. D'après ce que me disait Kir, un de mes oncles, nous sommes alliés à ces familles. »

« Ces voix me disaient qu'il ne fallait pas prendre de la chair humaine... un animal n'est-ce pas un humain ? un chien tout semble prouver que c'est humain, il comprend, il est fidèle la même chose... on me disait que tout souffre, un arbre, aussi bien une fleur... dans le fond de l'histoire, oui, je le crois toujours. Comment

voulez-vous que ce qui sort de terre ne souffre pas ? ». Au moment du refus d'aliment il lui avait été commandé de ne pas prendre de chair et : « si l'on ne voulait pas me comprendre je n'avais qu'une chose à faire, c'était d'aller au ciel par n'importe quel moyen, ne rien absorber ».

Il a ressenti également des hallucinations olfactives, tactiles et des phénomènes d'influence toutefois peu importants. Il les explique ainsi : « Lorsque les morts sortent de la tombe c'est très douloureux, c'est l'acide sulfurique, c'est comme bouillant, ça leur pique l'épiderme et ils peuvent influencer sur la pensée de n'importe qui. Ils vous donnent des odeurs de chair pour vous martyriser ». Mais ces souffrances constituent un triste privilège et « il faudrait revenir aux anciens temps où les fous étaient sacrés parce qu'on comprenait pourquoi ils entendaient des voix », archaïsme qu'il développe ainsi : « mon oncle qui fut tué à la guerre me parle de la manière dont on l'a enterré dans la chaux vive et il dit qu'il a horriblement souffert » et c'est pourquoi le malade a dû tant souffrir, comme pour racheter la faute commise dans la sépulture de son parent. Il dit avoir été influencé, des pensées lui étaient envoyées et parfois il recevait des impulsions directrices : « lorsque je marchais ils arrivaient à me faire tourner ».

L'examen du fonds mental montre l'intégrité des fonctions mnésiques. Les souvenirs anciens sont évoqués avec facilité et précision. La période correspondant au début des troubles semble moins nette. L'orientation dans le temps et l'espace est correcte. Les réponses concernant les événements actuels sont très pertinentes malgré le désintérêt que leur porte le malade, le jugement semble donc intact en dehors de l'activité délirante.

Examen des écrits du malade : Paul a transmis à sa femme plusieurs lettres où il lui expose ses conceptions délirantes. L'examen de ces documents rédigés pendant une période où la réticence avait fait croire à la sédation des troubles, montre l'étendue du délire, les principaux complexes qui conditionnent le thème, enfin le caractère des jeux verbaux : associations par assonances, analogies, fausses reconnaissances transposées du domaine visuel dans le domaine verbal malgré la disparité des éléments, jeux syllabiques extrêmement variés. Ces écrits apparaissent surtout comme une fabulation fantastique, un dérèglement de l'imagination concernant des thèmes mystiques et cosmogoniques, dissimulés et développés à la faveur d'une concentration du malade sur lui-même et affectés d'une ferme croyance, d'une conviction absolument irréductible.

Il exprime les principaux éléments du thème de persécution, de transformation dans la lettre ci-dessous où l'on remarque le caractère fantastique des persécutions « par la radiomisation », la

multiplicité des persécuteurs, la menace de transformation définitive en gravier, châtement attaché à la désobéissance à l'interdiction d'un contact avec ce qui est « humain », prohibition qui devient par interversion l'ordre, repoussé avec horreur, d'épouser une autre femme. L'ambivalence apparaît ici explicitement.

Le 1^{er} août 1937. — « Voici les changements opérés par Maurice Kir, de la maison de Montreuil au-dessus de chez Chalot où il se radiumise et passant par la rue des Pyrénées où il remise devient M. Maurice de nos coupons en face ta place ma chérie. Vois d'ici leurs crimes les autres jours de la semaine, il devient en forçant le radium Maurice Bergeron. Le vendeur n'est autre que le fils de la cuisinière de Charles Bergeron, sa femme ma cousine Yvonne radiumisée que tu as vu avec moi Mary-sur-Marne avant qu'elle fut portée décédée (si l'on vérifiait le cimetière de Mary on trouverait le secret de tous ces crimes). Madame Jeanne n'est autre que ma tante Jeanne Loisel, quant à Madame Louisa elle n'est autre que ma mère par âme, c'est-à-dire la seule la vraie puisqu'elle n'a jamais été enterré elle, le sait bien, Madame Manewski n'est autre que Madame Boucauwitz ancien contremaître chez Bergeron. Léon Bergeron radiumisé n'est autre que Mortimer mon père ayant été Kir à Mary et actuel épouse de Louisa Bergeron, n'oublie pas qu'il y a des oubliettes rue de Braque où sont de nombreux ouvriers dont Monsieur et Madame Ducreux Monsieur Caron père et d'autres aussi. Ne leur adresse plus la parole sans cela Nous sommes perdus ainsi que Micheline et Notre Famille de Linac, nous serons tous graviers.

Ils veulent te radiumiser à Montreuil à l'endroit visité n'accepte même ni un gâteau de chair humaine ni café qu'ils pourraient radiumiser. ne leur touche plus la main car ce sont eux qui vont m'assassiner.

L'interne femme qui est ici n'est autre qu'Aurélié Prince qui est la plus acharnée. Car ils m'avaient proposé la vie sauve si je voulais épouser Yvonne, comme je t'adore j'ai tout refusé, préférant la mort affreuse pendant des milliers d'années à souffrir plutôt que d'accepter. »

Puis il fait une énumération nominale de ses ennemis selon un rythme de litanie, le nom étant suivi des pseudonymes et de qualificatifs indiquant leur malignité, leur rôle néfaste et leur pouvoir maléfique de divination :

« Voici donc les plus grands ennemis :

Mon vrai père soit Kir, Bergeron, Mortimer.

Maurice Kir qui te veut et qui est le plus cruel et qui porte aussi le nom de Maurice Bergeron et Maurice de nos coupons et qui n'a nullement droit sur toi et tes places car il menace de te faire partir et te suis sans que tu t'en aperçoive sous trois peau

différentes c'est malheureusement la vérité aussi n'accepte aucun service de n'importe qui tout le monde étant à sa dévotion.

Madame Jeanne alias Loisel dont les airs mielleux sont trop apparents.

Louisa Kir alias Bergeron Mortimer (qui est ma mère).

Gaston le marchand de conserves qui devient radiumisé René Bergeron et qui me mangea dans l'antiquité.

Monsieurs Jacques Carel qui sait tout étant l'intime de Bergeron et son fils qui malgré les apparences est Léon Laurain le secret.

Monsieur Léon Tragit qui sait tout depuis le quitus accordé à Emilienne Laurain.

Monsieur Emile Terré qui en sait plus long que l'on croit mais dont on se méfie parce qu'il causerait (peut-être pour Micheline).

Madame Veuve Laurain mère qui sait tout ainsi que Léon Laurain et ses camarades de l'Ecole Colmet et Estienne.

Madame Laurain qui est la principale coupable d'avoir sacrifié son frère. »

Ce sont ensuite des objurgations pressantes, avec menaces mystiques qui prouvent la profondeur de la croyance délirante :

« Obéis à cette lettre Germaine, c'est Paul ton Mari qui te supplie pour toi et Micheline vous qui êtes tout pour lui. Paul... n'a pas peur il sait ce qui l'attend si tu n'obéis c'est l'enfer. Mais il veut vous sauver. »

Monseigneur Jésus-Christ et Notre Vierge Marie ne pardonnent jamais si tu n'obéis. »

Ailleurs, nous trouvons une prédominance du thème de jalousie :

Le 2 septembre 37. — « ...Maintenant pour ta sécurité personnelle et ceci je vais pouvoir peut-être t'en causer. Il te faut absolument être accompagnée soit de Noélie soit Ferdinand ou Pierre mais de préférence Noélie. Cette sécurité est un appoint moral et aussi il ne faut pas l'oublier d'honneur car seule tu es un peu livrée, tu sais ce que je veux dire, on ne sait jamais ce qui peut arriver. Ta photographie m'a déjà été enlevée. Tu es jeune et jolie et tu ne sais le drame qu'il pourrait arriver. La colère de Monseigneur Jésus-Christ serait immense ton enfant déshonorée ainsi que Toi que j'adore et Moi-même malheureusement tu es en danger. Sois accompagnée je t'en conjure car tu finirais internée et Notre Enfant à l'Assistance Publique et à Jamais perdue.

Ne touche jamais de Chair humaine autre que ton Père ta Mère tes sœurs peut-être Berthe ainsi que la main de Fernand de Charles ainsi que Pierre ce sont les seuls qui nous sont chers de même que nos nièces que tu aimes aussi. Seul ton mari qui a tant souffert et nous sauvera de l'enfer a droit à t'embrasser ainsi que Notre Petite Fille. Nul autre homme ou femme même docteur n'a

le droit de te toucher. Ne serre la main à aucun étranger même ami ou incline la tête. Ainsi soit-il. »

Dans une autre lettre, le malade expose un système métaphysique rudimentaire reposant uniquement sur des jeux verbaux, des cascades de calembours, c'est une explication de ses idées mystiques de filiation divine et d'éternité basée sur la valeur phonétique du mot. Ces calembours ont un caractère laborieux qui les distingue de ceux que l'on observe dans l'hypomanie.

Le 28 octobre 37. — « Pour bien comprendre voici l'origine de quelques noms antiques. Commençons par : Le Temps qui se forma dans le gras. Il décéda il en ressortit l'âme moyenne hé Terre nie té ou toi L'âme grasse le matin (Mha) en patois, soit Martin. L'âme légère comme les noix qui devint (Bhen noix ou Benoît)... Pendant que le père Temps décédait il se formait dans le gras une autre âme sœur que par sa volonté il attirait car seul dans l'univers il s'ennuyait en murmurant (Mimi hihhi) (Mimi jolie) devenue Mimicheline... Il y avait donc Benoît Eternel et Martin. Eternel se maria avec Micheline qui devint Eternité... Eternel et Eternité eurent un enfant par pure amitié en restant des années assis à côté l'un de l'autre, et comme il avait l'Air de rire en faisant (Hi) il le prénomme Hilaire et comme il n'avait que l'amitié ou la peau (ou Pau) il l'appelèrent Paul... C'est à ce moment que Martin ou le gras fou de rage se précipita et d'un seul coup me *goba*, les parents qui n'étaient en somme que les enfants puisque j'étais l'âme moyenne du père temps ayant formé éternel et éternité, comme Micheline alors l'Aiglon a formé Raymond Moine qui n'est ni homme ni femme et Maman Désiré Terre qui était le gras qui devint mère de grand'mère Lourdelet qui eut à nouveau Désiré Terré et grand'mère redevint Micheline car c'est la fin (an 2.000) il en est fini des N à Paul Léon (Napoléon) (appellation de mes parents) demandant à léon georges Laurain s'il ramenait enfin Paul. Léon Georges Laurain décédé il reste le moyen qui est avec Léon à Metz. Léon n'est autre que le léger du mari de la grand'mère Laurain et le gras n'est autre que Georges Denis. (Les noms même parlent)... M'ayant gobé le démon fut nommé Gobétu, go de georges ou gorges ».

De même dans cette lettre remise par le malade à sa femme le 9 février 38. Il s'y joint une certaine recherche du rythme de la phrase, alors que le contenu idéique semble devenir de plus en plus flou et difficilement accessible se rapprochant de l'incohérence :

« Ma chère petite Germaine... Pour que tu me croie enfin, sache que lorsque je fus mangé après être redevenu l'enfant de Berthe et Charles Minet alors Adam et Eve (rêve et attends) qui étaient mon gras et mon léger. Tu laissas ton gras (Paul de la

Ramée) et ton léger (Mimi qui pleurait en faisant mi mi) tant la chaleur était grande dans le trou (maintenant soleil) ou celui qui m'avait mangé s'était enfoncé en roulant. Cette chaleur n'était que ma douleur. Tu partis à ma recherche en creusant des petits trous de tes deux mains en t'en servant comme des truelles, d'où ton nom Destruel. Ces trous maintenant étoiles avaient 33 centimètres de diamètre, maintenant ils n'en ont que 3.

Tes mains sont encore empreintes de douleurs. Elles sont, sois-en sûre, les plus belles, tes jambes brûlèrent jusqu'au-dessus du genou et formèrent comme des *bottes*.

C'est là après 33 km. de Mary à Bat-gniolle-hé ! que je ressortis Bel et Grand l'endroit est le même plein de gras, de glaise (ce sont les buttes) rue des Guirlandes qui n'étaient que tes cheveux. (Guirlandes).

C'est là que dans ta joie de me revoir que ton épiderme s'enleva encore une fois aux jambes comme des bottes et les autres en désignant l'endroit disaient quelques instants plus tard - c'est là qu'*Elle vit botte* - qui devint *Elvire Both*, qui n'est autre que la fille du général de l'armée du salut. Elle date de 33 ans après que je fus mangé. Ta douleur ou Madame la Lune n'était pas encore formé car tu n'avais pas encore été mangée... Madame la Lune se tourne lorsque le côté de sa figure la brûle de trop. C'est là que l'on en voit un quart, la moitié, etc..... La Terre à ce moment n'était pas ronde mais plate. Elle ne devint ronde que quand l'Amérique se détacha de la Chine.

Elle t'entend, comme le soleil m'entend. On nous a coupé les cheveux sous Chilpéric et Clodomir, mais ils n'ont coupé que le gras, on nous entend de là-haut... Tout s'était effondré et formait une légère croûte il restait en haut le soleil ou douleur qui ne quittait ma tête et les trous que tu avais percés en me cherchant...

Lorsque tu fus mangée ce fut la même chose. Je continuerais la semaine prochaine. Je te le jure sur la tête de Mimi. Tu es la Vierge Marie et ton Mari Jésus-Christ, Notre Fille Marie-Stuard et la lune Rousse ».

Examen physique : A son entrée, le malade présentait de la couperose, du tremblement de la langue et des doigts. Les réflexes rotuliens et achilléens étaient normaux. Ils devaient présenter un affaiblissement marqué au moment de l'apparition des troubles polynévritiques. Actuellement, il n'y a pas de tremblement; les mains sont froides et cyanosées.

Examens complémentaires :

Sang : urée : 0,47. (3 novembre 37).

Réactions sérologiques : (B. W., Meinicke, Kahn), négatives.
L.C.R. : albumine : 0,20. leuco : 0,4 (30 septembre 36).

Réaction de Pandy : 0. Réaction de Weichbrodt : 0.

Benjoin : 00000.22221.00000.

B. W. : 0. Meinicke : 0.

Urines : albumine : 0. Sucre : 0.

Chimisme gastrique : acidité totale : 1,3. Cl. H libre : 0,8.

Commentaires :

Nous avons rapporté en détail cette longue observation où nous voyons les divers processus amenant le malade à un état de délire chronique que l'on pourrait qualifier de psychose paranoïde.

On note dans les antécédents l'existence d'une prédisposition : hérédité alcoolique avérée, traumatisme crânien et possibilité de commotion. D'autre part, un saturnisme aurait pu se joindre à l'intoxication alcoolique.

Après un premier épisode confusionnel qui avait régressé apparaît une anxiété diffuse et, chez cet homme qui, pourtant, n'a reçu aucune éducation religieuse, apparaît un grand délire mystique de type archaïque. Le malade, en effet, se crée de multiples prohibitions, car il craint de faire souffrir ; il construit de toute pièce un animisme ; la sensibilité qu'il attribue à chaque chose étant pour lui le critère de leur vitalité ; en même temps, nous voyons apparaître la crainte du retour des morts qui viennent se plaindre des souffrances qu'ils endurent par suite de la négligence des vivants.

La dissimulation montre le peu d'activité réelle du délire ; celui-ci est une rêverie subie par le malade, rêverie qui envahit la conscience du sujet, dirige ses aspirations intimes mais non sa conduite. Il garde son délire en lui-même, intériorisé, non sans un sentiment de supériorité. Dans une dernière période, nous voyons apparaître les kyrielles de mots, la valeur kaballistique des phonèmes, la recherche des assonnances et du rythme de la phrase. En somme, nous observons sous l'influence de cette dégradation progressive de l'activité mentale, du rêve, une régression vers la mentalité primitive. Cependant, l'affaiblissement intellectuel n'est pas notable ; il n'y a pas de véritable démence, mais seule-

ment un désintérêt progressif, une désadaptation du malade pour tout ce qui n'est pas son délire.

OBSERVATION XII

(Observation VIII de MAGNAN in : de l'alcoolisme)

Antécédents héréditaires : père suicidé, frères névropathiques; enfant mort de convulsions. Habitudes d'ivrognerie; hallucinations avec idées de persécution; tentative de meurtre; première entrée à l'Asile, séjour de 7 mois ; amélioration. Nouveaux excès. Rechute. Deuxième entrée à l'Asile. Accidents alcooliques qui s'amendent, laissant après eux des hallucinations et des idées de persécution.

J... Jean, 27 ans, ancien soldat, est né d'un père mélancolique, adonné aux excès de boisson, et qui s'est empoisonné; il a eu six frères : l'aîné, ivrogne, a mené une vie désordonnée et dissipé l'avoir de la famille; le plus jeune, actuellement âgé de 23 ans, a eu des convulsions dans l'enfance, il est faible d'esprit et affecté de strabisme; un troisième est bien portant; le quatrième est mort d'une maladie intercurrente, les deux autres sont morts de convulsions. Il a eu lui-même deux enfants d'une maîtresse, l'un venu à terme est mort-né, l'autre est mort à sept mois à la suite de roideurs avec secousses dans les membres.

Depuis son enfance, il a des rêves, des cauchemars pendant la nuit; il a toujours été sombre, triste, impressionnable et il a contracté de bonne heure l'habitude de boire. En 1870, après des excès plus fréquents, il perd le sommeil, est agité par des hallucinations; il s'imagine qu'on lui en veut; qu'on l'injurie, qu'on cherche à le tourner en ridicule; que sa maîtresse le trompe et s'entend avec des individus pour le faire assommer. Sous l'incitation des idées délirantes, il fait une tentative de meurtre sur cette femme qu'il frappe dans la rue avec un couteau. Il se laisse arrêter sans résistance, passe six semaines à Mazas et après enquête médico-légale, il est conduit à Sainte-Anne le 15 août 1870. Il dort mal, il aperçoit la nuit des choses qui l'épouvantent; il voit autour de son lit des hommes qui veulent le tuer; il entend la voix de ses parents; on lui fait des reproches. Il a mal à la tête, peu d'appétit, et un léger tremblement des mains.

Au bout de deux mois les hallucinations ont diminué pendant le jour, mais le malade est triste, inquiet et recherche la solitude; les nuits sont mauvaises et troublées par des frayeurs et des cauchemars. Il est transféré dans un autre asile d'où il sort au mois de mars 1871, amélioré mais non entièrement guéri. Il est triste, irritable, et son sommeil rarement tranquille. Une fois libre, il ne tarde pas à reprendre ses habitudes d'ivrognerie, il boit du vin,

du vermouth, de l'eau-de-vie, il crache le matin et vomit quelquefois une phtuïte aigre. Il est réintégré dans l'armée le 8 juillet 1871, où il reste jusqu'à la fin de son congé, le 26 février 1872.

De retour à Paris, il reprend son ancienne profession de coupeurs de poils, et pendant ce temps il continue les excès de boissons. Il devient inquiet; à l'atelier il vit à l'écart, se croit en butte aux railleries et aux quolibets de ses camarades; des individus s'introduisent chez lui, le suivent, le surveillent. Pour échapper à ses ennemis, il sort, va dans la campagne; il entend des cascades mugir autour de lui; il aperçoit un chalet illuminé, des panoramas, il entend des chants, de la musique, il voit des lanternes rouges qui se balancent suspendues aux arbres. Il marche vite, il fuit; il voit des croix, des ombres, des étincelles : s'il avance, tout s'éloigne; s'il recule, ça s'approche; par moments, tout disparaît. « Il entendait, dit-il, des voix qui le poussaient à se tuer; le bruit de l'eau et des cascades, c'était pour me narguer; ça voulait dire que j'étais un lâche, que je n'avais pas le courage de me jeter à l'eau. Dans le chalet où l'on faisait de la musique, et l'on dansait et riait, je le voyais bien, c'était un tas de gens qui désiraient ma perte, se moquaient de moi et cherchaient à m'assassiner.

« J'ai voulu me noyer, je suis allé sur le pont de la Marne; il y avait des hommes et je n'ai pas pu me jeter à l'eau; le malheur me poursuit; je veux faire du bien et je ne fais que du mal; j'ai tout mérité. »

Après s'être présenté trois fois chez le commissaire de police pour se faire arrêter, il est ramené à l'Asile le 10 avril 1872, avec le certificat de M. Lasègue : « Alcoolisme subaigu, hallucinations probables; terreurs, crimes imaginaires dont il s'accuse; deuxième accès ». A son arrivée, il paraît inquiet, préoccupé, reste à l'écart; son regard est brillant, ses yeux se portent de tous côtés, il refuse de répondre d'abord, et semble se méfier de son entourage.

Pendant la nuit, il se lève, marche dans la chambre, parle par moments à voix basse, ou bien crie et menace.

Le 11 au matin, il est plus calme, plus confiant, les hallucinations sont moins fréquentes; il raconte assez exactement ce qui s'est passé depuis la première entrée.

Pendant la nuit, il a vu, dit-il, cinq individus qui le surveillaient, qui le traitaient d'assassin ; qui voulaient lui faire du mal ; il entendait des mouches bourdonner à ses oreilles, il voyait voltiger des lumières ; il entendait la voix de ses parents, de ses camarades qui lui faisaient des reproches.

Pesanteur de tête ; peau chaude, moite, pouls 80, large, langue blanche, anorexie.

Tremblement des mains, crampes dans les jambes.

Le 13, J... est triste, il entend surtout la nuit des menaces et des injures ; des individus pénètrent dans sa chambre ; il voit des fantômes. Dans la journée il entend encore, par moments, des paroles désagréables ; il croit à la réalité de tout ce qu'il a vu et entendu. « Vous ne me ferez pas croire, dit-il, que ce n'était pas vrai ; on avait embauché des physiciens contre moi. » Céphalalgie et lourdeur de tête par moments, crampes dans les jambes ; tremblement persistant des mains.

Mai. Il est plus tranquille, mais souvent, au moment de s'endormir, il entend des voix lointaines, tumultueuses, qui le menacent ; il aperçoit des jets de flamme qui passent devant ses yeux comme des étoiles filantes. Quelquefois, à peine est-il assoupi qu'il se réveille en sursaut, tout effrayé, il lui semble qu'on va le fusiller, il ne parvient à se rassurer qu'au bout de quelque temps, et son sommeil reste alors troublé toute la nuit.

Dans la journée, il croit parfois qu'on se moque de lui ; que l'on fait allusion par des mots à double entente à tout ce qui lui est arrivé.

Il reste sombre, peu communicatif, devient irritable, et sur le point de se mettre en colère à la moindre opposition.

Il conserve de la céphalalgie frontale s'accompagnant quelquefois de sifflements et de bourdonnements d'oreilles avec des engourdissements dans les membres.

Juin-Juillet. Peu de changement ; mêmes préoccupations ; idées de persécution et interprétations délirantes de ce qui se fait autour de lui ; illusions et quelquefois hallucinations à la réalité desquelles il croit complètement ; je me débarrasserai de ces idées, dit-il, quand je serai mort. Sommeil légèrement troublé par des cauchemars. Il voit encore quelquefois des flammes et des étincelles et il entend des voix menaçantes. Parfois, maux de tête, bourdonnement d'oreilles ; crampes dans les mollets. Les mains présentent encore un léger tremblement.

Commentaires :

« L'influence héréditaire se fait sentir chez J... de la façon la plus évidente ; c'est un malade prédisposé, chez lequel l'action toxique de l'alcool se manifeste de deux manières :

1° En produisant le délire spécial alcoolique, ;

2° En agissant à titre d'excitant sur un terrain préparé et en favorisant l'éclosion d'un délire qui aurait pu ne pas se produire en l'absence d'un *stimulus*. On voit avec quelle lenteur les hallucinations, même caractéristiques, disparaissent ; nous trouvons encore, en juin et en juillet, des

troubles hallucinatoires qui rappellent l'origine toxique de ces accidents ; mais, ce qui est le plus important à noter, c'est la conviction intime de la réalité de toutes ces perceptions illusoires. Autant les alcooliques simples aident les efforts du médecin, se laissent facilement persuader, dès que l'amélioration commence à se produire, discutent et insensiblement apprécient à leur juste valeur les troubles sensoriaux, autant ces alcooliques à prédisposition héréditaire sont rebelles à tout traitement physique ou moral. »

Comme dans l'observation précédente, nous voyons toute l'importance du facteur héréditaire dans cette forme clinique de délire.

OBSERVATION XIII - (Service Spécial)

Julien, manœuvre, âgé de 36 ans, est un petit homme aux membres courts, à la tête ronde. Il est replié sur lui-même, son faciès reste absolument inexpressif, sans ride. Il marmotte continuellement des paroles inintelligibles d'apparence incohérente.

Antécédents héréditaires : Inconnus.

Antécédents personnels : Originaire des Vosges, il était cultivateur. Ajourné une fois au service militaire, il fit ensuite un an sans incidents et obtint le certificat de bonne conduite. Il fit de nombreuses places dont il était renvoyé à cause de son mauvais caractère. Il était continuellement buté, têtue, était coléreux seulement quand il avait bu, mais il en voulait toujours à quelqu'un, déclare sa femme. Au moment de son internement, il travaillait en usine depuis 4 ans en qualité de manœuvre.

Antécédents pathologiques : Inconnus.

Histoire de la maladie : Il a été interné le 14 décembre 1936 à l'Infirmierie spéciale avec le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique. Etat subaigu. Anxiété avec élément dépressif, soupirs, pleurs ; idées de suicide. Depuis quelques jours « est poursuivi par des individus qu'il a vus à la fenêtre et qui « essayaient d'entrer chez lui. S'est barricadé dans sa chambre, « a crié au secours, d'où l'intervention de la police. Scrupules, se « fait des reproches : « tout cela ne serait pas arrivé si le jour « de la réconciliation avec sa femme il avait allumé la lumière », « car la lumière arrête la machine à renverser les meubles. Abandonné par sa femme, il y a un mois, a bu davantage. Tentative « de suicide par strangulation (sillon actuel). D'après les renseignements, était depuis quelque temps méfiant et interprèteur,

« avec troubles du caractère. Tremblement lingual. Langue sabur-
« rale. Pouls 96. »

(Docteur LOGRE).

La femme du malade décrit explicitement un accès de délirium tremens : « le malade tremblait comme une feuille, avec les yeux égarés et fixes, ne mangeait presque plus, ne s'arrêtait pas de marcher dans le logement, avait peur qu'on vienne le prendre ». Cet épisode aigu avait précédé une période de troubles du caractère ayant duré 6 mois : « depuis 6 mois environ il était d'une humeur exécrationnelle, surtout quand il avait bu, ce qui lui arrivait fréquemment. Il m'avait prise en haine, m'insultait, me battait, si bien que lasse de ses mauvais traitements je l'avais quitté il y a un mois ». Depuis très longtemps il faisait des excès de boisson importants, « il buvait trop de vin, 3 litres environ à la maison, sans compter ce qu'il buvait au dehors ».

Le 17 décembre, à son entrée au Service Spécial, il présente un état subaigu, il est confus, anxieux, se croit menacé par des inconnus qui veulent sa perte. Les hallucinations pendant l'examen sont constantes, elles effrayent le malade, qui se cramponne à son siège, mais en déclarant : « non je ne tiens pas à rester ici, je sens que je ne suis pas malade ». Il est désorienté. Il se croit toujours victime de la « machine à endormir et à renverser les meubles ».

Le 23 décembre le tableau change complètement. Le malade est présent, ses réponses sont pertinentes et adaptées, mais il conserve des convictions délirantes. C'est à ce moment qu'il accepte de répondre au questionnaire qu'il avait refusé de remplir au moment de son entrée. Les réponses sont correctes, d'une écriture nette et sans fautes notables, il écrit : « je buvais un peu trop, j'étais nerveux au travail, un peu las, on essayait de m'endormir depuis une dizaine de jours ».

Les jours suivants l'amélioration se poursuit au point qu'il est envoyé au quartier des travailleurs le 5 janvier, mais il s'y montre peu actif, indifférent, et de nouveau, le 9 février, il présente un état d'obtusion avec bradypsychie. Le 15 il devient anxieux, accuse un sentiment d'étrangeté, le réfectoire lui semble changé, il a peur de venir, peur de s'en aller, peur du bain, peur de se coucher. Il conserve ses idées délirantes de persécution, pense avoir été victime d'un « coup monté par la propriétaire » :

De plus en plus il semble hébété, obnubilé, ralenti. Ses réponses sont imprécises, paraissant traduire une anxiété diffuse. Le malade cherche à s'emparer d'une lettre qu'on lui présente pour en reconnaître l'écriture, mais il ne peut expliquer pourquoi il veut s'en emparer. Il énonce des réclamations stéréotypées « je

veux m'en aller » qui se terminent par une colère puérile. C'est vers cette époque qu'il écrit à ses parents une lettre qui permet d'évaluer son niveau mental :

« Chère maman,

« Je viens faire réponse à votre lettre qui m'a fait plaisir, mais « c'était pour répondre que je voulais vous faire une surprise et « l'on m'empêche d'aller à la visite et je ne demande qu'à partir « venez me chercher puisqu'on ne me laisse pas partir, envoyez « moi des effets civils et des mouchoirs et des souliers et des ser- « viettes venez me chercher car depuis le temps que je ne vous « ai pas vu et pourtant lettres écrites mais je ne les ai pas vu « ni lu car les lettres que l'on m'envoie je ne les vois pas donc « venez plutôt ici me chercher. J'ai toujours demandé à partir avi- « vement venir me chercher mais n'écrivez pas venez tout de « suite... »

Le même thème de supplication de départ se continue répété partout, écrit sur l'enveloppe de la lettre, il griffonne en plusieurs endroits son nom parfois sans majuscule et d'une orthographe variable.

Le 7 octobre 1937 on note un état stuporeux avec marmottement inintelligible. Les réponses sont très rares et lentes.

Le 5 janvier 1938 le malade présente une attitude soudée, il montre une opposition constante, cherche à franchir les portes qu'il voit ouvrir, il veut toujours « aller avec les médecins », mais résiste à toute tentative d'examen et dans chacun des actes qu'on lui fait accomplir montre une indocilité impuissante en raison de sa faible compulseness. Il exprime ses réclamations habituelles sur un mode impersonnel : « il faut nous laisser partir pour revoir notre famille... vous allez nous laisser sortir et puis nous partirons ». Mais il est absolument inactif et indifférent.

L'examen physique montre : les extrémités froides et cyanosées, la réflectivité ostéo-tendineuse est normale.

Au début de l'internement le malade présentait une glycosurie de 11 gr. par 24 heures.

Examens complémentaires :

Sang : Réactions sérologiques (B.W., Meinicke, Kahn) négatives.

Commentaires :

Chez cet alcoolique avéré, qui présentait des troubles du caractère, méchant, irritable et brutal, instable, nous voyons apparaître un épisode subaigu tout à fait typique avec onirisme terrifiant et tentative de suicide dans un raptus anxieux. Interné, l'onirisme et la confusion disparaissent, mais en laissant un reliquat de convictions délirantes for-

melles. Il semble amélioré, presque guéri, et cependant il est désadapté ; en effet, lorsqu'on essaie de le faire travailler, il demeure peu actif, indifférent. Puis apparaît un état d'obtusion intellectuelle avec anxiété diffuse et très vite le malade sombre dans une démence précoce évidente.

Nous avons noté dans ses lettres le fait qu'il écrit son nom souvent sans majuscule et d'une orthographe variable ; ceci nous a paru devoir être interprété comme un signe de désagrégation profonde de la personnalité.

Ce malade est au point de vue morphologique, un pycnique bréviligne, de petite taille, et cependant son caractère semble avoir été celui d'un schizophrène de Kretschmer, ce qui constitue une des exceptions à la règle formulée, d'ailleurs non sans réserve, par cet auteur.

OBSERVATION XIV - (Infirmerie spéciale)

Aglaë est une femme âgée de 58 ans, au faciès atone et coupe-rosé de vieille habituée de la bouteille ; elle est de petite taille, bréviligne, de morphologie pycnique.

Elle est amenée à l'Infirmerie spéciale après être allée porter plainte contre ses persécuteurs au commissariat de police.

Antécédents : Peu de renseignements sur son hérédité ; mais la sœur est une débile mentale sourde, le fils et le mari sont des alcooliques manifestes au faciès atone et rubicond.

Histoire de la maladie : Elle est résumée par les certificats suivants :

1^{er} *internement* par P.V. le 16 octobre 1924 : « ...hallucinations, « déclarait que les soldats étaient en face d'elle, venaient l'arrêter ; que ses amoureux l'attendaient au bistrot ; qu'elle ne « voulait pas envoyer son mari au poteau, etc... Présentait un « degré d'excitation telle que son état nécessite... »

(Docteur BOURGEOIS).

Certificat immédiat : « ...atteinte d'alcoolisme subaigu. Peur. « cauchemars, tremblement des extrémités. Insomnie. »

(Docteur COLIN).

Transférée à Ville-Evrard : certificat immédiat (17 octobre 1924) :

« Alcoolisme subaigu atténué depuis son entrée. Hallucinations « terrifiantes de la vue ; zoopsies, visions militaires cinémato-

« graphiques. Troubles du caractère, irritabilité. Tremblement, « troubles digestifs. »

(Docteur GUIRAUD).

Certificat de quinzaine : « Entrée pour alcoolisme subaigu avec « onirisme terrifiant. Grande amélioration, se rend compte de « son état. Persistance d'un tremblement au centre de la langue. »

(Docteur GUIRAUD).

Certificat de sortie le 24 novembre 1924 : « Est actuellement « guérie des accidents délirants... »

(Docteur R. MIGNOT).

Sortie elle reste calme, mais le 2 février 1928, elle adresse au Préfet une lettre ainsi conçue : « Monsieur je suis fâchée de vous écrire que depuis trois ans que je souffre, dans le début je me suis présenté au ministère l'on m'avait dit d'écrire en ayant plein de ma tête bourdonnement d'oreil au sujet d'être apeler par un prisonnier cela vient du chateau des g... enfasse de moie rue St-Clous plusieurs fois je me suis présenter au commissariat de Nanterre à la gendarmerie toujours sans résultat quand leur fasant entendre je ne sais ce que l'on me veut. Je m'adresse à votre bienveillance Monsieur le Préfet espérant recevoir une réponse qui me sauvera de ce fardeau sans vous dire la souffrance que j'ai déjà emporter. »

L'enquête faite à ce moment par la police signale que depuis 1923 la malade se croit constamment poursuivie par des êtres ou des choses imaginaires.

2° *internement*, le 28 juin 1928, par P.V. après passage à Henri-Rousselle : « ...Délire hallucinatoire chronique. Syndrome d'au- « tomatisme. Hallucinations auditives, psychiques, génitales, vi- « suelles, troubles cénesthésiques, idées délirantes de persécution : « les gens du château lui parlent par T.S.F., se moquent d'elle, « elle a avec eux des conversations entières. On répète à haute « voix ce qu'elle fait et ce qu'elle pense. On lui fait des saletés « la nuit, on lui envoie des tremblements par l'électricité. Débilité « mentale profonde. Possibilité d'un appoint alcoolique. Ménopause « actuelle. »

(Docteur S. SERIN).

« ...idées actives de persécution. Les gens du château agissent « sur elle par curiosité. Ils la font suivre dans la rue, espionner « ses actes, se moquent d'elle, lui envoient de la T.S.F. Ils causent « nuit et jour. Ils savent tout, lui disent des injures et des obscé- « nités.

« Hallucinations psychoverbales et conversations mentales. Sen- « sations électriques. Images cinématographiques sur les murs.

« Rêves multiples. Plaintes. Démarches, Menaces. Violences. Abus « éthyliques. Déjà internée pour alcoolisme en 1924. »

(Docteur R. DUPOUY).

Certificat immédiat : « ...Alcoolisme à répétition. On l'électrise « par T.S.F., courants dans les organes génitaux. On l'insulte « dans la rue. »

(Docteur MARIE).

Transférée à Ville-Evrard : certificat immédiat le 24 juillet 1928 : « Psychose hallucinatoire aiguë, hallucinations de tous les sens, « disparition actuelle des troubles sensoriels, conviction délirante « persistante. »

(Docteur R. MIGNOT).

Sortie le 8 janvier 1929 avec le certificat : « ...atteinte de débilité « mentale avec délire hallucinatoire d'origine alcoolique actuelle- « ment réduit... »

(Docteur R. MIGNOT).

3^e *internement* le 6 juillet 1930 : ...atteinte de psychose hallu- « cinatoire chronique. Hallucinations auditives, insultes, on ra- « conte qu'elle couche avec le propriétaire d'un château voisin. « Elle est tenue à l'électricité, ils la tiennent par l'oreille et par « la tête, ils lui coupent les jambes quand elle revient de son tra- « vail. Ils lui envoient des « odeurs d'amour » et des sensations « sexuelles. Plaintes au voisin persécuteur, à la gendarmerie, au « commissaire de police et au ministère des Affaires étrangères. « Débilité mentale. Déjà internée. Alcoolisme ancien. »

(Docteur COURTOIS).

Certificat de quinzaine : « Délire hallucinatoire chronique sys- « tématisé. Désignation des persécuteurs. Hallucinations auditives, « olfactives et génitales. Déjà traitée... »

(Docteur CAPGRAS).

Le 10 septembre on note : « ...délire hallucinatoire de persé- « cution (alcoolisme et ménopause). Débilité mentale. Atténuation « des troubles psycho-sensoriels, mais persistance de la croyance « délirante. »

Sortie le 14 novembre 1931 avec le certificat : « ...entrée pour « bouffée paroxystique (d'origine alcoolique) de délire halluci- « natoire sur fond de psychose hallucinatoire chronique (trois « internements). Actuellement désintoxiquée et calme... »

(Docteur GOURIOU).

Le 19 décembre 1939 elle subit une expertise mentale à la suite d'une inculpation de coups et blessures. Cette débile a frappé d'une pelle à feu le mari d'une amie qu'elle aidait à fuir le do-

micile conjugal en emportant les meubles. L'expert la reconnut responsable de son acte.

4^e *internement* : Le 27 avril 1939, elle est amenée à l'Infirmierie spéciale après s'être plainte de ses voisins au Commissariat.

Elle croit être poursuivie par 3 abbés. Elle entend des injures : « vache, putain », elle sent des odeurs libidineuses, on connaît sa pensée et on commente ses actes. Elle ressent des courants électriques dans la tête, des excitations génitales dont elle se défend en prenant dix à quinze injections par jour.

Elle présente des signes d'alcoolisme certain : pituites, crampes des membres inférieurs, tremblement.

L'examen physique montre une intégrité des divers appareils. Elle a été internée avec le certificat suivant : « Débilité mentale. « Alcoolisme ancien avec très légers signes d'imprégnation « actuelle... Se dit ennuyée par une jeune fille âgée de 14 ans, ceci « ayant débuté avant même la naissance de cette personne. Per- « çoit des injures : « la France entière sait ce qui va arriver ». « Commentaires des actes. Relate, il y a cinq ans, la perception « d'odeur libidineuse, il y a 3 ans, d'excitation génitale provoquée « au point de prendre jusqu'à dix injections par jour. Courants « électriques infligés sur sa personne. Actes imposés, on l'oblige « à sortir. Accuse trois abbés de la faire souffrir. Dit aussi qu'on « l'a fait passer devant l'Empereur d'Allemagne et ses troupes à « Saint-Cloud.

« Très proluxe avant-hier, Réticente aujourd'hui. Pouls 92. Ré- « flectivité conservée. »

(Docteur BROUSSEAU).

Commentaires :

Cette malade a présenté un tableau d'alcoolisme récidivant s'accompagnant à chaque fois d'une psychose hallucinatoire dissimulée entre chaque accès. On peut en effet supposer que la malade est sortie de l'asile non guérie, mais que ses idées délirantes ayant perdu leur activité, ne se manifestaient plus. C'est au cours de la période d'excitation, accompagnée de rêves terrifiants, d'onirisme, qu'elle reprend ses griefs contre ses persécuteurs et recommence à se plaindre avec véhémence des diverses agressions dont elle est la victime, cependant, nous notons en faveur de notre hypothèse qu'elle n'a cessé, lorsqu'elle était libre, de se plaindre aux autorités et même de rédiger des lettres au Préfet pour protester contre les mauvais traitements qu'elle subit.

3. - DESCRIPTION CLINIQUE

Nous admettons, afin de faciliter l'ordonnance de la description, que les délires des alcooliques évoluent en trois périodes qui sont : une période de début, une période d'état où le délire prend toute son extension et montre toute son activité, et enfin une période terminale.

Chacune de ces périodes peut présenter diverses modalités et il n'est pas possible d'admettre sans restriction la description de Cololian. Celui-ci, sur les indications de Magnan, oppose aux quatre périodes du délire chronique à évolution systématique les trois périodes du délire alcoolique de persécution qui sont : une phase d'invasion ou d'incubation, une phase de persécution ou d'hallucinations, une phase de décroissance et de guérison ou de démence. Ces distinctions, utiles pour la description, ne doivent pas faire méconnaître la continuité souvent remarquable des états délirants qui nous occupent (1). Nous envisagerons donc des modalités plus que des phases dont il est impossible de fixer la durée et la succession. Nous étudierons les modes de début ou voies d'entrée dans le délire, l'état de délire, c'est-à-dire les phénomènes et les contenus délirants, ainsi que le fonds mental, l'évolution et les modes de terminaison ou de sortie du délire.

A. - PERIODE DE DEBUT.

On peut décrire deux modes de début : brusque ou insidieux. Mais il faut préciser que les délires chroniques des alcooliques peuvent ou bien survenir après un ou plusieurs accès subaigus, ce qui est le plus fréquent, ou apparaître sur un fond d'imprégnation chronique.

I. - DÉBUT BRUSQUE. — Le délire apparaît en quelques jours ou en quelques semaines. L'intoxication alcoolique est en gé-

(1) Nous admettons que le délire, même lors des périodes dites de rectification ou de réduction, conserve une activité, parfois inconsciente et que le fait d'avoir repoussé par une opération intellectuelle, un raisonnement, une expérience délirante n'exclut pas que cette expérience continue à exister dans la continuité de la vie psychique de l'individu.

néral massive ; cependant, chez les sujets prédisposés aux accidents psychopathiques (débiles mentaux, déséquilibrés, schizoïdes à hérédité chargée), une faible quantité d'alcool suffit souvent à provoquer l'éclosion du délire.

Parmi les modes de début brusque, il faut envisager l'accident subaigu, commencement d'un délire post-onirique, et le délire hallucinatoire d'emblée.

Début par un accident subaigu : Chez un alcoolique présentant une imprégnation massive, exagérée depuis quelques jours ou au contraire restreinte par suite d'un sentiment de malaise, apparaît un état d'anxiété. C'est une anxiété très vive, un sentiment d'insécurité, l'impression d'une menace inconnue, d'un danger inéluctable. Il s'agit là d'un état émotionnel de peur, peur sans objet d'abord, irraisonnée, pouvant provoquer dès ce moment une réaction de défense du sujet contre lui-même, le suicide ; cette peur peut donner au malade un sentiment de culpabilité indéfinissable et pour soulager sa conscience, il n'hésite pas à s'accuser d'un crime qu'il n'a pas commis (délire d'auto-accusation de Dupré).

Cette peur diffuse, intense et continue, avec des paroxysmes terrifiants, ne va pas rester longtemps sans objet. Sous son influence, le malade interprète les gestes de ceux qui l'entourent ; ils parlent de lui à voix basse, ils font des signes menaçants. Dans la rue, tremblant, il n'ose plus regarder autour de lui. Très souvent, il se réfugie au café, il y recherche la sécurité du lieu familier, des visages connus et indifférents, donc sans hostilité ; pour « dominer ses nerfs », se donner du courage, il boit et son anxiété s'accroît d'autant, aggravée parfois d'une ivresse dont la violence est le trait principal. Aux interprétations qui prédominent le jour, est associé l'onirisme à exacerbation vespérale et nocturne. Le malade voit enfin les ennemis qui le poursuivent, ils sont nombreux ils assaillent sa fenêtre, ils montent sur le toit, ils font des trous dans le mur ; souvent, ils sont étrangement muets, mais parfois, ils profèrent des menaces. Celles-ci réveillent le malade en sursaut et se prolongent dans les phases de demi-

sommeil. C'est l'onirisme auditif qui peut être isolé ou associé à l'onirisme visuel.

Après traitement et désintoxication, l'onirisme disparaît, mais la peur persiste, à peine calmée par les raisonnements, les affirmations rassurantes. Le malade demeure inquiet, tourmenté; il a conservé une idée fixe post-onirique, mais celle-ci, si elle est un élément du délire, ne constitue pas le facteur principal, car il s'agit d'une idée rétrospective, sans activité actuelle (1). Souvent, on ne verra apparaître le délire que plusieurs semaines après la guérison apparente de l'alcoolisme subaigu et il est toujours possible, dans ces cas, de mettre en évidence la persistance d'un sentiment de méfiance et d'insécurité parfois soigneusement dissimulé (2). C'est autour de ce sentiment d'inquiétude, de cet état affectif pénible qui suit la peur éprouvée par le malade pendant l'accès subaigu, que le délire va se développer.

Début hallucinatoire d'emblée : On l'observe rarement à l'état pur, mais s'il n'est pas la règle, il en existe des observations indiscutables. Dans ce cas, les malades décrivent une période d'étonnement, d'incompréhension des phénomènes hallucinatoires, puis une période d'explication délirante. La distinction avec un début par onirisme auditif semble difficile; ainsi, dans l'observation III, Maria entend en rêve, puis éveillée, des propos d'abord sans signification reconnue : des appels, puis des paroles énoncées, vides de sens, surtout rythmiques. Elles deviennent thématiques après une période de rémission prolongée pendant plusieurs mois. L'observation VII nous paraît un exemple de début hallucinatoire : le malade commence par « entendre du bruit », des propos inju-

(1) L'idée fixe post-onirique est un délire, mais rétrospectif, il n'est plus alimenté par de nouvelles expériences délirantes. La part qui lui revient dans l'élaboration du délire ne concerne que le contenu délirant. L'idée fixe post-onirique en soi est surtout intellectuelle. Elle devient comparable à l'erreur normale lorsqu'elle a perdu la charge affective qu'elle avait au moment de l'état subaigu.

(2) La dissimulation, comme nous l'avons vu à propos de leur état mental, est une attitude habituelle des buveurs.

rieux, certes, mais qui ne lui sont pas adressés, qui lui sont étrangers ; puis apparaît le thème délirant qui a ici le rôle d'une explication: les voisins font la noce et on se plaint d'eux, puis on prend à partie le malade lui-même.

II. - DÉBUT INSIDIEUX : On observe ce mode de début surtout dans les cas où l'intoxication est lente et progressive. Parfois, plusieurs accès subaigus ont pu révéler l'existence d'un alcoolisme chronique, mais souvent on note un certain degré de résistance à l'alcool dont les effets ne se font sentir qu'après un certain temps de latence. Le début insidieux se fait soit par une période de troubles du caractère, soit par des symptômes hypocondriaques, soit par une phase d'inquiétude, soit par un syndrome d'automatisme mental.

Début par des troubles caractériels : Ces troubles consistent en irritabilité, violence, agressivité d'une part, et d'autre part en une tendance à l'inactivité, à la paresse et à l'incurie. Souvent, les troubles caractériels sont le signe d'un état commençant de démence alcoolique, démence affective et sociale d'abord, sur laquelle le délire vient se greffer. Ainsi, dans l'observation I, Louis est un homme de constitution robuste qui a bien supporté l'alcool ; il n'a jamais présenté de delirium tremens, mais les habitudes d'intempérance ont altéré son caractère. Quand il a bu plus que de coutume, il bat sa femme, il lui cherche de violentes querelles à tel point qu'elle doit le quitter. Il boit encore plus, et les troubles s'aggravent, un délire apparaît.

De même, dans le cas de Julien (obs. XIII), nous voyons apparaître une agressivité marquée pour l'entourage familial et professionnel. Il n'y a pas ici d'interprétations qui puissent expliquer ces modifications du caractère, mais il s'agit d'une altération de l'affectivité précédant celle du jugement. Souvent, les troubles de la conduite sont en rapport avec de vagues idées de persécution d'origine interprétative : l'alcoolique interprète un mot, un geste dans un sens de moquerie ou de menace ; il réagit par de violentes colères et des actes de brutalité.

Début par des symptômes hypocondriaques : C'est un des modes de début parmi les plus fréquents. Il s'agit d'un individu qui présente depuis plusieurs mois des sensations de malaise, des douleurs, des crampes, des points de côté, des céphalées, des troubles digestifs, en somme le tableau clinique de l'alcoolisme latent. La cause est méconnue et les troubles ressentis sont attribués à une maladie qui atteint successivement tous les organes. Le malade cherche des remèdes ; il consulte des médecins et il se livre encore davantage aux excès éthyliques afin de « se remonter », d'oublier l'ennui que lui donne sa santé. Cet état constitue la forme neurasthénique de l'alcoolisme décrite par Freyhau. Mais bientôt ce simple état neurasthénique est dépassé et le malade commence à présenter des interprétations de caractère hypocondriaque. Souvent, on note à ce moment des idées d'empoisonnement. Sans qu'il y ait de véritables hallucinations gustatives, le malade acquiert la certitude que l'on a versé du poison dans sa boisson, n'a-t-il pas ressenti des troubles inquiétants, du tremblement, des sueurs, des nausées, aussitôt après l'avoir absorbée ? N'a-t-il pas eu dans la bouche un goût bizarre, une amertume qui n'est due en réalité qu'à l'état saburral de ses voies digestives ? Il a eu également des troubles digestifs qui confirment ses suppositions d'empoisonnement appuyées d'interprétations diverses de l'aspect de ses aliments.

Cette période hypocondriaque annonce souvent de véritables hallucinations de la sensibilité générale. Ce sont des sensations de courants électriques, de brûlures internes ; très souvent, on constate des hallucinations en rapport avec la sensibilité érotique : chez la femme, ce sont des hallucinations génitales, des sensations de chatouillement, de contact, des orgasmes ; chez l'homme, ce sont plus souvent les sensations anales qui prédominent, les malades se disent sodomisés, « travaillés », et ils récriminent contre ces agressions homosexuelles.

L'observation III nous montre, dans l'histoire de Maria, une longue période hypocondriaque. Elle consulte des mé-

decins, elle va plusieurs fois à l'hôpital, elle examine ses selles avec attention et elle ne manque pas d'y voir des choses anormales. Elle se sent « détraquée de tout ». Entre le point de départ de cette hypocondrie, après le rapport contre nature dont elle a été victime et l'apparition du délire, il s'écoule plusieurs années pendant lesquelles Maria pleure et se lamente au sujet de sa santé perdue. Elle interprète ses sensations dans un sens zoopathique, ainsi qu'il est fréquent de le voir dans l'hypocondrie ; cette maladie c'est une bête répugnante qui est dans son corps; des propos tenus par des infirmières ou des médecins, peut-être mis en verve par le côté comique de son malheur, n'ont-ils pas confirmé ses suppositions ? Enfin, nous voyons apparaître chez elle des idées de transformation corporelle.

Le malade Paul (obs. XI) a présenté également au début des préoccupations hypocondriaques qui nous semblent jouer un rôle très important dans l'élaboration de son délire. Se croyant atteint de saturnisme, il prend du repos, mais un repos qui se prolonge pendant des années; il souffre d'asthénie, « se sent mal portant sans pouvoir indiquer l'endroit précis où il souffre ». Nous avons vu que ce malade a présenté par la suite des idées de transformation corporelle et probablement d'obstruction dont il est intéressant de noter le point de départ hypocondriaque.

Début par une phase d'inquiétude et d'interprétation : Nous avons déjà vu l'importance des interprétations chez l'alcoolique. Elles sont à l'origine de deux attitudes souvent associées : la jalousie et la crainte.

Ainsi, nous voyons le malade Jules (obs. II) donner une signification injurieuse aux faits les plus banaux et les interpréter dans le sens de sa jalousie. Un voisin, sur sa bonne mine, est supposé être l'amant de sa femme ; ne lui fait-il pas des « signes par les yeux » lorsqu'il la rencontre ? Elle lui parle d'une certaine façon « qu'on comprend tout de suite ». Mais Jules n'est pas un homme courageux, il a peur de l'amant supposé et celui-ci, par son attitude, le tourne en dérision. Aussi, quand Jules le rencontre, essaie-t-il de se

sauver, d'autant plus qu'il croit que son rival est armé puisqu'un jour il a fait le geste de porter la main à sa poche.

Souvent, le malade éprouve pendant une longue période une anxiété diffuse, sans objet. Il est gêné dans ses mouvements, il se croit observé par les personnes qui l'entourent. Il a l'impression que tout le monde a les yeux fixés sur lui. Ces interprétations sont toujours situées dans la rue et sur le lieu du travail. Chez lui, l'interprétant est en sécurité, mais dehors les passants le regardent, ils le suivent avec une attitude hostile ou moqueuse et s'ils conversent entre eux, c'est qu'ils parlent de lui (1). A l'atelier, les camarades de travail déplacent ses outils, ils les cachent ; derrière lui, ils font des signes, ils médisent de lui entre eux ; les propos même qu'ils lui adressent ont une signification, ainsi que leur attitude. Souvent, le malade abandonne son travail sans raison apparente et l'étonnement réel de ses compagnons est encore un sujet d'interprétation.

Début par un syndrome d'automatisme mental : Nous avons adopté le nom de ce syndrome si discuté au point de vue pathogénique en raison de la cohésion des signes cliniques qu'il comporte, de son caractère de syndrome, et aussi à cause du fait observé par G. de Clérambault, de l'opposition entre les effets des intoxications massives et des intoxications lentes, latentes, progressives ; les premières donnent des phénomènes qui peuvent être qualifiés de grossiers, les hallucinations auditives verbales, en rapport avec la fonction aperceptive ; les secondes donnent lieu à des phénomènes subtils qui constituent le « syndrome d'automatisme mental » proprement dit. Ce sont des phénomènes tels que l'écho de la pensée et de la lecture, l'énonciation des actes, les jeux syllabiques, les mots explosifs, les kyrielles de mots. Assez rarement, il s'agit d'un « petit automatisme mental » sans verbalisation, exclusivement psychique ; on observe alors les

(1) Il s'agit là d'une interprétation qu'il ne faut pas confondre avec l'hallucination accompagnée où l'origine de la voix hallucinatoire est reportée sur une personne présente.

intuitions abstraites, les vellétés abstraites, les arrêts de la pensée, le dévisage muet des souvenirs.

Cette forme de début s'observe chez des alcooliques dont l'intoxication est ancienne, constante, prolongée, mais bien supportée, n'ayant pas donné lieu souvent à d'autre accident que les signes classiques de l'imprégnation ; encore ceux-ci sont-ils le plus souvent discrets. Il est intéressant de noter que le pouls est fréquemment normal ou même ralenti, ainsi que l'ont signalé G. Heuyer et Lacan. Le syndrome d'automatisme mental apparaît progressivement. Pour G. de Clérambault, il est « essentiellement neutre », sans tonalité affective. Souvent, ce syndrome s'accompagne d'interprétations, de réactions affectives, mais il n'est pas rare de rencontrer des cas où il semble presque pur, ainsi chez le malade dont G. Heuyer a publié le certificat d'internement : « Alcoolisme chronique. Légère confusion. Orientation imparfaite. Automatisme mental. Hallucinations auditives. Voix de dessous l'étage. Prise et écho de la pensée et des actes. Hallucinations psychomotrices. Pensées étrangères. Troubles cœnesthésiques. Secousses « névro-sthéniques ». Minimum d'interprétation... Pas de système d'interprétation. »

Assez fréquemment, le syndrome d'automatisme mental apparaît après la guérison apparente d'un épisode confusionnel. Un malade ayant présenté un délire onirique nécessitant le séjour dans un service d'isolement semble guéri, mais au bout de quelques jours, l'attention est attirée par une attitude bizarre traduisant un vague sentiment de trouble ou d'inquiétude en rapport avec les phénomènes étranges de l'automatisme que l'interrogatoire révèle. Signalons encore qu'il existe dans l'alcoolisme subaigu des syndromes d'automatisme mental très fugaces, mais pouvant réapparaître dans les accès ultérieurs qui, parfois, aboutissent à un délire chronique. C'est encore dans ces cas que le ralentissement du pouls met en évidence l'importance des troubles neuro-végétatifs.

Les modes de début des délires chroniques des alcooliques sont donc caractérisés par la variété de leurs manifestations. En règle générale, nous avons constaté l'existence de troubles du caractère en rapport avec l'alcoolisme chronique prolongé, puis un ou plusieurs accès de confusion avec onirisme ayant pu régresser, et enfin l'élaboration d'un délire de forme variable, parfois sans rapport avec le mode de début.

B. - PERIODE D'ETAT.

A la période d'état, le délire chronique est constitué dans la forme qu'il conservera souvent longtemps sans modification notable. Les signes de l'épisode primaire confusionnel, ainsi que ceux de l'intoxication alcoolique chronique ont disparu. Il ne subsiste plus que ce délire dont l'étiologie ne peut être posée que par les commémoratifs, bien que certains traits permettent de reconnaître encore l'origine toxique de l'état délirant. Ce sont ces traits particuliers, depuis longtemps reconnus, que nous essaierons de dégager. Chez ce délirant, il faut se rappeler qu'il y eut une longue période d'imprégnation alcoolique dont nous avons vu les modalités psychologiques et souvent une ou plusieurs expériences délirantes oniriques ; en outre, chacun de ces incidents a été suivi d'un affaiblissement, d'une diminution intellectuelle de plus en plus marquée et atteignant électivement, semble-t-il, l'affectivité et les sentiments éthiques. Ceci explique certains caractères cliniques qui, sans être pathognomoniques de l'étiologie alcoolique, constituent néanmoins des indices dont la valeur est généralement admise. On peut artificiellement étudier le délire en considérant d'une part les phénomènes délirants, d'autre part les thèmes délirants ; cette division permet de classer les données de la clinique sans que l'on puisse en conclure que l'on peut séparer chez un même malade les phénomènes du contenu, qui en est l'expression formulée. On peut en outre étudier le fonds mental, élément qui complète les deux premiers dont il ne peut être en réalité séparé que pour une analyse clinique. Schématiquement, il faut donc envisager : les phénomènes délirants, les

contenus ou thèmes délirants, le ton affectif du délire, le fonds mental.

LES PHÉNOMÈNES DÉLIRANTS :

Parmi les phénomènes délirants, il faut envisager les hallucinations et pseudo-hallucinations des divers sens, les hallucinations psychiques et les éléments du syndrome d'automatisme mental, certains phénomènes comme les intuitions, les rêveries délirantes et la fabulation, et enfin l'interprétation délirante.

« Les hallucinations de la vue sont très fréquentes, selon G. Ballet, alors qu'elles manquent ou sont très peu précises dans le délire de persécution. » Il s'agit le plus souvent de la persistance d'un onirisme ou de la réapparition de bouffées d'onirisme, même en l'absence de tout apport toxique nouveau. Ainsi, Louis (obs. I) voit une nuit, des individus qui viennent perpétrer un enlèvement en faisant un trou dans le mur. Dans l'observation II, nous voyons le malade s'enfuir devant des personnages fantastiques et gigantesques, armés de bâtons, qui le poursuivent toute une nuit. Parfois, ce sont des représentations mentales visuelles extrêmement vives ; ainsi, Auguste (obs. V), en fermant les yeux, voit toute une imagerie hallucinatoire qui est comme « projetée sur son front » ; souvent ces représentations sont incoercibles et prennent le caractère de visions imposées. En général, les hallucinations visuelles n'ont peut-être pas l'importance qui leur a été donnée (1), mais il faut tenir compte du fait que le délirant alcoolique, s'il n'éprouve plus ces phénomènes, en a presque toujours présenté au moment de l'épisode subaigu du début et il ne faut pas méconnaître l'importance des souvenirs visuels et de l'évocation des scènes de l'onirisme passé. Ainsi, Julien (obs. XIII) est resté longtemps terrorisé et a continué à redouter « la machine à renverser les meubles ». A défaut de l'hallucination visuelle,

(1) Sur quatorze malades nous n'en trouvons que trois qui présentent des hallucinations visuelles pendant la phase chronique de leur délire.

on peut dire que l'élément visuel, souvenir de la période onirique, conserve une certaine valeur diagnostique, car il est presque toujours absent dans les délires systématisés progressifs.

Les hallucinations auditives sont nombreuses, selon Daussy, et en effet, elles manquent rarement. Elles semblent atteindre parfois une intensité qui n'est peut-être due qu'à l'hyperexcitabilité de l'attention sous l'influence des variations instinctivo-affectives. Ces hallucinations sont constituées par des propos, souvent sans signification reconnue, proférés à distance ou dans l'intérieur du corps. Elles se présentent plus encore que dans le délire systématisé progressif, avec le caractère de parasitisme du phénomène hallucinatoire, parasitisme que le malade subit, souvent avec l'apparence de ne pas participer à l'hallucination, de chercher à en détourner son attention par une activité quelconque et en particulier par le travail. On sait que ces anciens alcooliques hallucinés de l'ouïe sont à l'asile d'excellents travailleurs.

Les hallucinations olfactives nous ont semblé peu fréquentes. Il n'en est pas de même des hallucinations gustatives ; mais celles-ci peuvent être rapportées à des illusions fondées sur l'état saburral des voies digestives. Les malades éprouvent des sensations de goûts amers le plus souvent, qui leur semblent révélateurs d'une tentative d'empoisonnement ; ces impressions sont toujours objectives, ce sont les aliments et surtout la boisson qui prennent un goût bizarre.

Les hallucinations de la sensibilité générale ne sont pas rares ; on peut supposer qu'elles ne sont pas sans rapport avec les paresthésies si fréquentes dans les atteintes névritiques fugaces des alcooliques. Dans l'observation III, la malade sent des piqûres sur le ventre, une bête froide et mouillée se traîne sur ses cuisses, les griffes d'un animal se plantent dans son dos. Paul (obs. XI) se plaint de sensations douloureuses de piqûre et de brûlure survenant par périodes et qui lui sont envoyées par les morts au moment de leur résurrection. Nous voyons une expression plus mo-

derne de ces phénomènes chez Aglaë (obs. XIV) qui se plaint de recevoir des courants électriques. Les hallucinations génitales ne sont pas particulièrement fréquentes et ce fait contraste avec l'extrême obscénité des propos hallucinatoires.

Les troubles cœnesthésiques peuvent présenter toute la gamme des modalités allant du sentiment de malaise hypochondriaque jusqu'à la zoopathie, comme dans le cas de Maria (obs. V). D'autres malades (obs. IX et X) éprouvent l'impression d'une transformation de leur corps. La négation d'organes a été signalée par Séglas.

Les hallucinations psychiques constituent les éléments du syndrome d'automatisme mental qui est fréquent et ne présente pas de caractère particulier. Comme nous l'avons vu, il apparaît surtout chez des alcooliques ayant résisté longtemps à l'intoxication.

L'intuition délirante est apparue chez Jules (obs. II) comme une conviction formelle, ne reposant pas sur une suggestion externe, elle apparaît ici comme l'expression d'un sentiment de peur irraisonnée ; c'est le sentiment d'un anxieux. Elle est peut-être en rapport avec des reliquats oniriques terrifiants.

La tendance à la rêverie et la fabulation sont des caractères importants de certains délires alcooliques. Dans l'observation XI, Paul présente des formes dégradées de l'onirisme qui aboutissent enfin à une rêverie fantastique où les tendances imaginatives libérées submergent le syndrome d'influence à peine ébauché. Cette activité de rêve semble particulièrement favorisée par le délire onirique et l'on retrouve ici le passage du rêve à la rêverie fantastique. De même, Germaine (obs. X) se livre à une rêverie érotique, suite du roman onirique commencé dans l'adolescence, puis oublié et enfin réapparu au cours du délire d'un état confusionnel toxique.

Les interprétations sont encore plus constantes selon Daussy, que les hallucinations auditives. Elles semblent, en effet, faire rarement défaut, ce qui contraste avec la faible tendance à la systématisation. Ces interprétations trouvent

un matériel tout préparé dans les troubles cœnesthésiques de l'alcoolique chronique. L'étude des contenus délirants montre l'importance de ce mécanisme dans leur élaboration.

LES CONTENUS OU THÈMES DÉLIRANTS :

Les contenus ou thèmes délirants sont généralement considérés comme un élément accessoire, contingent n'ayant pas de valeur pathologique proprement dite. On a pu leur donner une valeur d'explication suivant le phénomène initial essentiellement mécanique. Cependant, il semble pratiquement difficile d'isoler autrement que par un artifice d'exposition ou d'analyse du délire, le phénomène délirant de son contenu thématique qui n'en est que le mode d'expression. Le thème délirant est pour le malade un moyen d'expression de l'état de délire, mais le moyen d'expression ne semble pas devoir être séparé de ce qu'il exprime, et son étude clinique ne peut être négligée. Les thèmes des délires chroniques des alcooliques ont une importance particulière. Il ont même, classiquement, une certaine valeur diagnostique et ils ont fait isoler une forme clinique spéciale, le délire de jalousie des buveurs.

Au premier plan, sont les idées de jalousie ; elles manquent rarement. Elles peuvent être exprimées, développées le plus souvent sur un fond d'interprétation ; ainsi, la malade Germaine (obs. X) a recherché et trouvé des indices qui lui prouvent l'infidélité de son mari. Dans d'autres cas, ces idées sont inconscientes, réprimées par le malade et elles s'expriment dans le rêve. Celui-ci peut être la source d'une conviction délirante, et cette conviction est parfois entretenue par des rêves successifs, partiellement amnésiques, origine d'un sentiment de jalousie inexpliqué ; celle-ci s'atténue quand le malade reconnaît la cause de son trouble. Parfois, la jalousie s'exprime dans l'hallucination. Le malade Auguste (obs. V) entend ses persécuteurs lui confirmer la trahison de sa femme par leurs propos obscènes. C'est dans sa rêverie morbide que le malade Paul (obs. XI) se repré-

sente sa femme livrée à ses ennemis, souillée par leur contact. La jalousie incestueuse est classiquement fréquente chez l'alcoolique chronique (Joffroy et R. Mignot). Elle se traduit par les soupçons que le malade fait peser sur la conduite de sa femme ; celle-ci a pris son fils pour amant. Les marques d'amour filial et de tendresse maternelle sont interprétées comme des preuves de l'inceste. Cette jalousie accompagnant l'affaiblissement éthique peut faire supposer une altération du sentiment paternel ou une libération des tendances haineuses qui sont, pour certains, la contre-partie de l'amour. Ce thème classique est en réalité peu fréquent sous cette forme, mais on peut en rapprocher les thèmes de jalousie concernant en général les enfants ou les parents du malade, ces thèmes ont le même caractère central qui est celui d'un lien incestueux, avec tout le sentiment de répulsion que ce fait peut comporter. Dans l'observation II le malade Jules exprime sa jalousie de la mère par la haine qu'il ressent à son égard et les rêves de coït incestueux, révélateurs des tendances profondes et générateurs d'un sentiment de culpabilité. Le malade Auguste (observation V) participe par ses hallucinations auditives et ses représentations aux orgies dont sa femme et ses enfants sont les principaux acteurs contraints ou consentants.

On peut rapprocher de la jalousie les thèmes d'agression sexuelle. Ainsi la malade Maria (observ. III), victime d'une sodomisation à laquelle elle fut autrefois soumise, est ensuite punie par la présence d'un animal développé dans son corps, matérialisation de sa honte. Si les hallucinations génitales sont peu fréquentes, par contre les thèmes sexuels ou parasexuels se rencontrent souvent. Les malades disent qu'on leur fait des propositions, qu'on les a pressenti pour divorcer et se remarier. S'ils éprouvent une émotion amoureuse, l'érotisme demeure assez souvent sur un plan théorique, verbal, et l'hallucination génitale véritable avec orgasmes imputés aux persécuteurs nous semble beaucoup plus rare que dans les délires systématisés chroniques. Ainsi, chez Germaine (observation X) l'émotion amoureuse, malgré sa vivacité, ne

devient jamais le sujet d'hallucinations, il n'y a qu'une confusion des représentations au cours du coït normal. Les orgasmes qui peuvent accompagner ses rêves érotiques ne sont pas rapportés à une influence extérieure mais à la « nature », à la privation de satisfactions sexuelles normales, à l'émotion causée par la vue des hommes. Ainsi l'on retrouve dans le délire l'affaiblissement de la libido signalé dans l'alcoolisme chronique et ceci contraste avec le caractère obscène du thème. L'obscénité des thèmes a été notée par les auteurs classiques depuis Marcel; et Lasègue, Falret, Cololian ont insisté sur ce trait particulier que l'on retrouve dans la plupart de nos observations (observations II, III, IV, VII, X, XIV). On a pu l'expliquer par l'affaiblissement de l'éthique, la disparition du sentiment de pudeur chez l'alcoolique chronique. Il est peut-être en rapport avec un affaiblissement libidinal qui produit des effets comparables chez certains déments.

Les thèmes d'empoisonnement semblent particulièrement fréquents. Ainsi la malade Anastasie (observation IV) croit qu'on veut l'empoisonner: c'est un goût de vitriol, quelque chose qu'elle ne peut pas dire, le poison. Auguste (observ. V) pense que l'on « assaisonne » ses repas, il lui semble voir de la poudre dans ses aliments. Aimé (observation IX) constate la présence de particules solides « comme des comprimés » dans son verre. La fréquence de ces idées d'empoisonnement, plus souvent rencontrées que dans la psychose hallucinatoire chronique, peut être expliquée par l'importance de l'activité digestive (facteur oral des psychanalystes) chez le buveur, et aussi par l'existence de troubles divers succédant à de nombreuses ingestions d'alcool. Il est curieux de noter que l'alcoolique incrimine toujours quelque matière étrangère mêlée à sa boisson et non celle-ci.

Les thèmes d'agression corporelle n'ont rien de particulier si ce n'est qu'ils peuvent accompagner un onirisme au cours duquel le malade s'est vu menacé ou même roué de coups; parfois il a subi une opération chirurgicale et son corps est transformé. Les idées de négation d'organe ne sont pas

exceptionnelles et peuvent survenir chez d'anciens hypochondriaques. L'action sur la personne morale rentre dans la catégorie des explications délirantes de l'automatisme mental pouvant aboutir à un syndrome de dépersonnalisation comme dans le cas du malade Aimé (observation X). La vie sociale du moment peut enfin orienter le délire : thème politique : Louis (observation I) est victime de la réprobation des camarades de son parti; thème de répression sociale : Alfred (observation VI), chiffonnier de la zone, passe en jugement. Cependant le thème délirant peut être absolument étranger aux préoccupations et à la vie antérieure du malade. Nous avons observé un thème nettement mystique chez le malade Paul (observation XI) qui est entièrement dépourvu de toute culture religieuse.

LE TON AFFECTIF DU DÉLIRE :

Il convient de noter l'existence d'importantes perturbations de l'humeur chez ces malades. La dépression accompagne comme nous l'avons vu la constitution de l'état délirant. L'excitation peut lui faire suite et à sa faveur se manifestent les idées délirantes. Truelle et Petit ont insisté sur l'importance des variations instinctivo-affectives dans l'élaboration des délires, l'excitation peut être en effet révélatrice d'un état sub-délirant non interrompu mais dissimulé par le malade. C'est là peut-être une explication du caractère récidivant des manifestations du délire. Ainsi la malade Aglaë (observ. XIV), délirante depuis de longues années, dissimule son délire, sauf dans les périodes où l'excitation qui la porte à de nouveaux excès lui fait révéler son délire. La persistance du délire entre ces périodes d'activité peut être affirmée car l'enquête a montré qu'elle continuait à adresser des lettres de protestation aux autorités. Il en est de même dans le cas de l'observation VIII où le malade de Magnan, après deux périodes paroxystiques présente un délire résiduel persistant. Chez le malade Auguste (observation V), le délire apparu à l'asile n'a jamais disparu complètement et après la mise en liberté, c'est

un raptus anxieux accompagné de nouveaux excès qui donne au délire son activité conduisant le malade à une tentative de meurtre et de suicide. De même le malade Paul (observation XI) qui clamait son délire au cours des paroxysmes anxieux observés au début de l'internement, montre depuis qu'il est calme, une dissimulation soigneuse au point que, si l'on n'avait eu connaissance de son activité épistolaire insolite, on l'eût cru guéri.

L'affaiblissement de l'affectivité imprime sa marque au délire. Il consiste en un désintérêt progressif, le malade ne se soucie plus de sa famille, de son avenir, il demeure indifférent. Cette indifférence affective peut présenter tous les degrés, depuis un état d'insouciance, d'absence de préoccupation jusqu'à l'abrutissement psychique ou la discordance. Ces troubles affectifs continuent dans le délire ceux que l'on a constatés dès la phase d'alcoolisme chronique. Schématiquement, le ton affectif du délire est fait d'excitation d'abord, puis de dépression et enfin d'indifférence.

LE FONDS MENTAL (1) :

Chez la plupart de nos malades il existe un affaiblissement, une diminution du fonds mental qui est une des conséquences de l'alcoolisme chronique. On a déjà noté la mémoire incertaine, le jugement déficient, la difficulté de l'adaptation aux situations nouvelles, source de la déchéance progressive qui caractérise ces malades. Cependant on peut en observer divers degrés. Les états d'affaiblissement global se manifestent par un syndrome d'abrutissement psychique (observ. VI et VII) évoluant vers une véritable démence. Parfois, chez des sujets plus jeunes, on assiste à une désagrégation du fonds mental,

(1) Le fonds mental peut être envisagé soit comme un ensemble statique, un bilan de la richesse intellectuelle du sujet, soit comme une donnée mouvante, variable, en continuelle transformation, notion développée par R. MICOURD dans sa thèse. Les tests classiques répondent au premier point de vue, quant au second la simple observation du malade, l'histoire de sa vie permettent d'apprécier la résultante des diverses valeurs de son fonds mental, c'est-à-dire l'adaptation. Cette notion nous donne une connaissance intuitive de la variation du fonds mental.

une dislocation qui aboutit à une incapacité d'adaptation totale; dans ces cas l'atteinte semble profonde, rapide, définitive (observ. IX et XIII), ce qui a pu les faire classer dans les démences. Il convient d'envisager, avant de parler d'affaiblissement, l'état antérieur du fonds mental. Il peut être plus ou moins riche et parmi nos malades, certains (obs. IX) étaient manifestement de ces débiles mentaux dont on a signalé souvent l'aptitude au délire; mais il n'est pas exceptionnel de voir un état d'affaiblissement démentiel se greffer sur cette indigence intellectuelle et retirer au débile mental ses misérables capacités.

La question de l'atteinte du fonds mental est plus complexe lorsqu'on l'envisage dans ces délires qui évoluent pendant des années sans modifications notables. Chez presque tous, nous le répétons, l'abrutissement psychique de l'alcoolisme chronique se retrouve. On note un affaiblissement des diverses facultés mais surtout, la capacité d'adaptation en quelque sorte constructive, semble faire défaut. Cela se traduit dans la vie sociale par la déchéance de ces malades et, dans le délire, par la difficulté qu'ils éprouvent à construire un thème, à adapter leurs expériences antérieures aux expériences nouvelles délirantes. Cette faculté d'adaptation diminuée est en rapport direct avec les fonctions intellectuelles. On peut donc admettre chez ces délirants une altération du fonds mental, un affaiblissement qui a contribué à l'apparition du délire. Cet affaiblissement semble correspondre à ce que G. de Clérambault qualifiait de prédémence mais, dans son hypothèse il s'agissait d'un facteur impliqué *a priori*, par le fait du délire. Il existe cependant certains cas où il est difficile d'affirmer l'affaiblissement intellectuel si on le considère seulement à un point de vue statique; on peut voir (observ. XI) avec un énorme délire, persister intactes les acquisitions passées et en apparence les fonctions intellectuelles; mais si l'on envisage ce qui est mouvement dans le fonds mental, on note un trouble certain de l'activité kinétique intellectuelle, une diminution de la continuelle adaptation aux situations nouvelles, se formulant par des anomalies de la conduite. C'est la

difficulté de l'investigation du fonds mental en apparence conservé chez ces malades qui a fait isoler les paraphrénies (Kraepelin), mais il est possible qu'une étude plus complète des fonctions troublées montre certains déficits expliquant les perturbations kinétiques de l'activité mentale.

C. - EVOLUTION. PERIODE TERMINALE.

La notion d'évolution dans les maladies mentales semble avoir dominé, au début de ce siècle, les conceptions nosologiques en psychiatrie. On a été amené à décrire des syndromes caractérisés avant tout par leur mode évolutif. Cette manière de voir a eu l'avantage au point de vue clinique de préciser les éléments du pronostic qui a une importance telle, en médecine mentale, que son appréciation justifie vis-à-vis des malades les mesures administratives d'assistance et de séquestration. Cependant, s'il a pu être utile d'insister sur le pronostic, il semble que l'on ait abusé de la notion de l'évolution comme caractéristique principale de la maladie et, peut-être par facilité, s'est-on laissé aller à poser un diagnostic engageant gravement l'avenir sans tenir compte d'autres éléments d'appréciation. C'est ainsi que l'on a donné une trop grande étendue à la démence précoce et que ce diagnostic qui convient à une période ultime de certains troubles mentaux semble devoir être appliqué avec une certaine circonspection pour des phases plus récentes où il est peut-être difficile d'affirmer un aussi grave pronostic et cette affirmation paraît particulièrement hasardeuse quand il s'agit d'états succédant à l'alcoolisme chronique.

Les délires à évolution prolongée des alcooliques peuvent présenter une tendance à la chronicité, ou à des évolutions avec modifications progressives du tableau clinique. Chez beaucoup de délirants chroniques la classique évolution vers la démence (1) ne se fait pas, ou bien elle s'accomplit très

(1) ANGLADE signalait que les délires systématisés secondaires à la manie, la mélancolie et aux états toxi-infectieux présentent une évolution chronique sans passage à la démence. Cette notion, devenue classique, est un des caractères qui distinguent ces délires du délire chronique à évolution systématique.

lentement et Guiraud a pu, non sans raison, soutenir que ces malades ne présentent qu'un affaiblissement terminal sénile que l'on aurait aussi bien pu constater en l'absence de tout délire. Bien que la question des tendances à la présénilité des délirants n'ait pas encore été résolue, on peut admettre que certains délires évoluent avec un tableau clinique à peu près fixé selon un mode essentiel invariable de chronicité, mais il existe dès la phase de délire un affaiblissement du fonds mental.

La systématisation du délire est faible, le malade ne construit pas de thème solidement échafaudé, et il n'attache pas une importance particulière à son système. Plus que le contenu délirant, le phénomène hallucinatoire ou pseudo-hallucinatoire semble primordial. Le thème est toujours pauvre, stéréotypé autour des mêmes itérations verbales hallucinatoires et le délirant chronique se plaint surtout du parasitisme de ces phénomènes. Tous les auteurs ont insisté sur cette faible tendance à la systématisation et Daussy retire à ces états l'appellation de délires systématisés secondaires.

C'est dans ces délires chroniques des alcooliques que l'on voit avec le plus de netteté un fait bien décrit par Legrain : l'éclipse ou occultation du délire. Il faut le distinguer de la réticence du délirant interné; celui-ci, surtout s'il a des tendances paranoïaques, présente au début de son internement une dissimulation consciente du délire qui peut faire supposer à tort une rectification des idées délirantes. Dans le délire à éclipse, il y a disparition du délire de la conscience du sujet. Pendant une certaine période le délire demeure inconscient, inconnu du malade; mais il réapparaît ensuite à l'occasion de nouveaux excès éthyliques ou d'une nouvelle période d'excitation. Cette évolution est fréquente chez les alcooliques dont le délire est souvent alimenté par l'onirisme, le rêve et les formes dégradées de la rêvasserie et de la fabulation. On assiste à des périodes de délire de plus en plus longues provoquées par de nouveaux excès éthyliques et séparées par des phases de retour à l'état normal avec oubli plus ou moins profond des idées délirantes; c'est le tableau des délires révi-

viscents de Delmas. Il est intéressant de noter que cette évolution peut se voir chez des malades sevrés et sans que de nouveaux excès puissent être incriminés dans l'apparition d'une récurrence. Quelle est la valeur réelle des réviviscences ainsi observées ? Nous avons vu (observ. V, XI, XIV) que le délire, s'il a disparu du champ de la conscience, n'en persiste pas moins avec une activité réduite, secondaire, réduction qui n'empêche pas les malades de se livrer à des manifestations bizarres, en particulier à l'envoi de lettres délirantes. Ce qui est refoulé, inconscient dans ces périodes, c'est la charge affective du délire. Par un examen un peu approfondi on peut retrouver tous les éléments intellectuels de la construction délirante à cette période, ce n'est que le ton affectif insuffisant qui en empêche l'extériorisation, mais il est légitime de parler d'éclipse étant donné l'importance de la charge affective dans le délire.

La phase terminale des délires chroniques peut survenir au bout d'un temps plus ou moins long. On peut observer des démences à évolution rapide, ce sont des démences précoces et des états d'affaiblissement progressif qui ne font que continuer et achever l'abrutissement psychique de certains vieux buveurs.

Les démences précoces des alcooliques s'observent chez des sujets encore jeunes. Dans un premier ordre de fait, après une phase de délire extrêmement pauvre, on voit se préciser un syndrome hébéphréno-catatonique avec disparition de l'activité délirante qui est remplacée par une attitude négativiste, discordante, avec des stéréotypies d'attitude, une verbigeration où l'on ne reconnaît même plus les propos délirants : tel est le cas de Julien (observation XIII). Dans une deuxième catégorie, les malades présentent un délire extrêmement flou, peu consistant, l'atteinte de l'affectivité est profonde, ils manifestent de l'indifférence ou de la haine pour leur famille. Ces malades deviennent peu à peu inertes, ne travaillent pas, ils ne se soucient plus de leur mise, leur langage paraît incohérent, émaillé de néologismes, c'est la forme paranoïde de la démence précoce que l'on a vu dans l'observation IX. Ces

deux sortes d'évolution semblent caractérisées par une désagrégation plus ou moins rapide mais très profonde, laissant le malade dissocié, réduit à une activité incompréhensible pour nous et qui le fait considérer comme un dément.

Chez les anciens buveurs (observations VI et VII) on a déjà noté un état d'affaiblissement intellectuel, d'abrutissement psychique. L'évolution se fait le plus souvent vers une diminution encore plus marquée des facultés. Le délire devient alors extrêmement pauvre, image de l'indigence du fonds mental. Celui-ci est profondément altéré mais non désagrégé comme dans la démence précoce. Il y a ici affaiblissement global de toutes les facultés comparable à ce que l'on observe dans toutes les démences organiques. Cette démence n'est pas imputable au délire mais comme lui elle est une conséquence de l'alcoolisme chronique.

La guérison du délire chronique des alcooliques est classiquement considérée comme une éventualité plus fréquente que dans les autres délires et l'existence d'une étiologie alcoolique est généralement envisagée comme un élément de pronostic favorable. En fait, il existe quelques observations de guérisons comme celle que rapportent Vallon et Bessière. Si l'on observe ce mode de guérison ou de rémission on constate qu'il s'agit de périodes d'occultation du délire qui persiste mais sans activité. Souvent, après une longue évolution il y a affaiblissement du ton affectif et de l'extériorisation du délire, celui-ci semble alors rectifié, il n'est plus extériorisé malgré sa persistance réelle. Pour le pronostic, il faut donc considérer deux ordres de faits : d'une part, au point de vue pathologique la guérison semble exceptionnelle; mais, d'autre part, pour ce qui est de la réadaptation de ces anciens délirants, un peu affaiblis, mais sans conviction formelle, présentant parfois par intervalles des phénomènes hallucinatoires parasites, on peut espérer une réduction plus ou moins prolongée du délire, sans toutefois se dissimuler la fréquence de pseudo-récidives, en réalité périodes de recrudescence de l'activité délirante, souvent sous l'influence de nouveaux excès. Ainsi, il faut faire ici un pronostic pathologique qui est mauvais, le

délire une fois établi ne guérit pas et s'accompagne d'un affaiblissement plus ou moins lent, plus ou moins profond; et un pronostic social, les malades sous l'influence du travail, de l'automatisation de leur activité, de la surveillance de leur régime finissent par s'adapter, au moins pendant certaines périodes, à une activité utile et parfois à une vie d'apparence normale justifiant la sortie de l'asile.

4. - FORMES CLINIQUES

Les délires chroniques, ainsi que nous l'avons vu, présentent une grande variété dans leurs formes. C'est pourquoi nous ne pouvons décrire une forme typique, mais bien plusieurs formes cliniques obéissant d'ailleurs à des lois générales. Nous avons éliminé de notre description l'idée fixe post-onirique non suivie d'un délire actuel. Il s'agit en somme d'un état délirant rétrospectif sans activité et ne pouvant être considéré par conséquent comme un délire chronique puisqu'il n'y a pas, dans ce cas, d'évolution. Nous envisagerons :

1° LA FORME DÉLIRANTE DE LA DÉMENCE ALCOOLIQUE.

Elle répond aux cas rapportés dans les observations VII et VIII. Elle survient chez d'anciens buveurs invétérés qui ont présenté des troubles du caractère, deviennent indifférents, taciturnes, irritables. D'emblée l'affaiblissement intellectuel est notable, réalisant un syndrome d'abrutissement psychique. Parfois un ou plusieurs épisodes subaigus annoncent l'intolérance et l'apparition d'un délire. L'onirisme peut être auditif, ce sont des propos stéréotypés ayant peu de signification. C'est en quelque sorte un radotage hallucinatoire, image de la diminution intellectuelle du malade. L'anxiété qui l'accompagne peut être vive car malgré la perte de l'auto-critique, l'instinct de conservation s'exagère chez ces séniles pathologiques.

L'évolution se fait rapidement vers la démence avec appauvrissement du délire parallèle à celui de l'intellect du sujet.

Les réactions médico-légales sont celles des déments, mais l'anxiété parfois intense peut amener le malade à commettre une tentative de suicide, d'ailleurs absurde (observation VI).

On décrit sous le nom de pseudo-paralysie générale alcoolique une forme particulière survenant chez certains alcooliques chroniques. Il s'agit de malades dont l'affaiblissement paraît d'emblée accusé. L'hébétude, l'inactivité, les propos incohérents font penser à une démence ancienne et progressive. Comme l'indique Marchand, les idées de grandeur sont rares, les idées délirantes ne sont ni aussi absurdes, ni aussi mobiles que dans la paralysie générale. Elles peuvent revêtir deux modalités évolutives : soit définitives et permanentes ou bien transitoires (syndrome paralytique fugace de Marchand). Les recherches biologiques constituent la base du diagnostic. Au point de vue anatomique elles répondent à des lésions méningées et névrogliques importantes, mais les réactions inflammatoires méningées et périvasculaires font défaut.

2° LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE DES BUVEURS (*paranoïa alcoolique de Krafft-Ebing*).

Elle répond au tableau clinique des délires alcooliques dits systématisés secondaires. Il s'agit d'une psychose hallucinatoire qui présente quelques caractères spéciaux : « Les hallucinations de la vue y sont fréquentes et bien caractérisées. » En effet, des résidus oniriques entretiennent le délire et c'est également dans cette forme que l'on assiste assez souvent au phénomène de l'hallucination accompagnée (Logre) : le malade attribue à une personne présente la voix hallucinatoire perçue. Dans ce délire les idées de jalousie et d'empoisonnement ont une place prépondérante. Enfin, il faut insister avec Krafft-Ebing sur le fond sexuel du délire et l'obscénité des thèmes délirants que nous pensons avoir montré dans la plupart de nos observations.

L'évolution de cette psychose hallucinatoire est particulière, coupée par des périodes de réticence extrême, d'inactivité apparente du délire pendant lesquelles le malade peut travailler (malades travailleurs des hôpitaux psychiatriques) ou même vivre en liberté (observation XIV). Mais le délire éclate de nouveau à l'occasion de périodes d'intoxication nouvelles et d'excitation.

La guérison serait assez fréquente, cependant nous croyons quelle n'est le plus souvent qu'apparente; dans le cas rapporté par Vallon et Bessière (guérison après neuf ans), elle semble certaine, mais il s'agit semble-t-il d'une exception. L'évolution vers une démence progressive, très lente, nous semble la règle et au bout de plusieurs années il devient difficile de distinguer ces persécutés des autres délirants chroniques parvenus à un même stade.

3° LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION A FORME JALOUSE DES BUVEURS (*Eifersuchtswahn der Trinker*).

Etudié par Escoube, Battier et Iscovesco, c'est l'un des plus caractéristiques de l'alcoolisme.

Nous citerons R. Mignot : « Tandis que dans la plupart des délires de persécution alcoolique, les phénomènes hallucinatoires contribuent pour la plus grande part à la production des idées morbides, dans le délire de jalousie, ils sont accessoires et les conceptions délirantes ont pour origine de fausses interprétations. C'est le type parfait des psychoses à base d'interprétations délirantes. »

Sérieux et Capgras le décrivent ainsi : « Le jaloux alcoolique comme le jaloux interpréteur, trouvent des preuves d'infidélité dans le moindre geste de son conjoint : un sourire, un regard, un changement de physionomie deviennent suspects; la manière de se vêtir, les promenades, le sommeil même servent de prétextes aux interprétations. Les réactions persécutrices du malade le conduiront parfois à l'homicide. Par contre, on constate les signes démentiels de l'alcoolisme chronique : affaiblissement psychique, conceptions absurdes,

propos obscènes. « C'est ainsi que l'amant présumé sera un proche parent de sa femme, son père, son frère, son fils (Joffroy) ». En outre, le délire de jalousie alcoolique n'a pas une marche continue et progressive comme le délire d'interprétation ; le sujet a des éclipses, il procède par accès paroxystiques liés aux abus de boisson ».

4° LE DÉLIRE DE RÊVERIE.

Il correspond à la description de G. Heuyer et A. Borel chez un malade d'ailleurs non alcoolique. Ces états ont été appelés : rêve prolongé (Trénaunay), délire systématisé onirique (G. Ballet), états oniroïdes (Mayer-Gross) ; ils semblent répondre à la conception des paraphrénies telle qu'elle a été reprise par H. Ey. En raison de leur évolution par poussées chez les alcooliques ils ont été dénommés : délire de rêve à rêve par Klippel ; et Delmas leur appliquant la description du délire à éclipse de Legrain en fait une entité clinique sous le nom de délire réviscent.

Le phénomène fondamental est un état de rêve plus ou moins dégradé avec « état crépusculaire de la conscience » (Moreau, de Tours) et l'on peut concevoir toute l'importance de la phase de réveil du délire onirique dans l'élaboration de ce délire. Ces formes dégradées du rêve consistent en : rêve avec élaboration rationnelle, rêverie du réveil ou de la période hypnagogique, rêverie proprement dite, vagabondage de la pensée, enfin imagination plus ou moins dirigée et réprimée jusqu'à l'intégration complète dans l'activité rationnelle.

Au point de vue clinique, ce type répond assez exactement à notre observation XI : après une phase de troubles du caractère et d'hypocondrie le malade a présenté un épisode d'alcoolisme subaigu avec anxiété vive, délire mystique, refus d'aliment. Puis se constitue un état de rêverie et de mentisme continuels entrecoupés de quelques hallucinations auditives non dénuées d'ailleurs de ce même aspect onirique.

Le délire présente un aspect de régression vers une forme de mentalité primitive. La rêverie entretient un délire extrêmement riche, extensif, L'archaïsme de la pensée déréelle se

traduit par l'animisme, le symbolisme et un sentiment de puissance infinie en quelque sorte magique. Cependant ce délire est intériorisé, inexprimé, sauf dans les écrits et dans les questionnaires directs qui en montrent toute l'étendue. Il n'existe aucun affaiblissement intellectuel évident, le désintérêt même n'est qu'une attitude et le malade dont le jugement n'est pas troublé peut suivre une conversation normale sauf en ce qui concerne son délire. A ce point de vue, on note cependant une désagrégation progressive, le délire est de plus en plus intériorisé, incompréhensible, et tend à absorber toute l'activité du malade. C'est pourquoi celui-ci, si l'on ne connaissait son histoire, pourrait être considéré comme un dément paranoïde.

G. Heuyer considère ces délires comme une forme clinique du délire d'imagination ; elle s'en distingue cependant par l'absence de fonds mythomaniac. Cette forme nous paraît autonome, surtout dans le cas d'alcoolisme chronique où elle représente une régression de l'activité imaginative vers un type archaïque. Elle est différente de la fabulation des presbyophrénies, fabulation simple et qui n'a pas ce caractère fantastique que l'on observe dans le délire de rêverie.

5° LA DÉMENCE PRÉCOCE PARANOÏDE (*Paranoïde Zustanbilder der Trinker de Kraepelin*).

Les observations VIII, IX et X répondent à ce type. Elles réalisent un tableau classique de délire paranoïde avec évolution vers la démence. Les troubles de l'affectivité prédominent. Au bout d'un certain temps apparaît l'inactivité, l'incurie et la discordance qui empêchent de distinguer ces états des autres démences paranoïdes. Cependant, nous avons vu la prédominance de certains thèmes (jalousie, préoccupations sexuelles), l'existence de reliquats oniriques, d'états de rêve rappelant les troubles qui ont été précédés d'un alcoolisme chronique avec le plus souvent des accidents subaigus.

Cette forme de délire décrite par Rogues de Fursac : « On voit des alcooliques avérés présenter à la suite d'un délire systématisé alcoolique les symptômes d'une démence précoce

qui évolue ensuite d'une façon classique et à laquelle l'alcoolisme a servi de porte d'entrée », observée par Wolfensberger, n'est pas admise par la plupart des auteurs. En particulier Kraepelin et Bleuler n'admettent qu'une coloration du délire par l'épisode alcoolique. Nous pensons que l'alcool joue ici un rôle plus considérable.

6° LA DÉMENGE PRÉCOCE HÉBÉPHRÉNIQUE.

Elle peut apparaître rapidement, succédant à une phase de délire très courte ainsi que nous l'avons vu chez le malade Julien (obs. XIII), qui présente après un court épisode onirique un délire de persécution de plus en plus pauvre et stéréotypé, il devient rapidement inerte, inactif, verbigérant. Six mois après le début des troubles on ne peut pas le distinguer d'un dément précoce hébéphrénique et à ce moment, il est absolument impossible de retrouver l'alcoolisme dans l'étiologie, ce qui nous fait supposer que de tels états doivent passer le plus souvent inaperçus, et que le diagnostic initial d'alcoolisme est souvent considéré à tort comme erroné.

Quant aux formes associées : psychose hallucinatoire avec appoint alcoolique, ou démence précoce alcoolisée, elles sortent du cadre de cette étude que nous réservons aux délires succédant à un alcoolisme chronique : nous nous bornerons à citer Magnan : « D'une manière générale nous pouvons dire que l'alcool en face des autres affections des centres nerveux agit de deux manières, ou bien à titre d'excitant, et, dans ce cas, on voit se développer avec une activité insolite les phénomènes propres à cette affection, ou bien, dépassant les limites d'une cause vulgaire d'agitation, l'alcool agit en véritable poison et impose son délire ; dans ce cas l'influence toxique est parfois d'une telle énergie que sa manifestation peut masquer complètement les symptômes de la maladie préexistante qui, dans ces circonstances, ne se montre de nouveau qu'après la disparition des accidents alcooliques ».

En somme, nous isolons plusieurs formes cliniques dont certaines sont encore discutées quant à leur étiologie alcoolique. Nos observations montrent cependant que chez les alcoo-

liques chroniques on peut voir apparaître ces diverses formes et ce fait d'expérience clinique peut être admis sans réserve.

En accord avec l'hypothèse de G. de Clérambault, il faut observer que ces formes obéissent à la *loi de l'âge*. Chez les sujets jeunes nous observons des formes à évolution déméntielle, démence précoce à forme paranoïde ou hétébéphrénique. Chez les sujets d'âge mûr nous avons vu apparaître des psychoses hallucinatoires, des délires d'interprétation, et le délire de rêverie. Enfin, chez les sujets plus âgés, nous avons isolé une forme délirante de la démence alcoolique.

III. ESSAI PATHOGÉNIQUE

La pathogénie des syndromes délirants chroniques des alcooliques est une question trop complexe et qui touche à trop de points doctrinaux pour qu'il soit possible d'en donner une explication simple. Dans ce chapitre, nous voulons simplement insister sur quelques faits qui nous ont paru importants et qui peuvent suggérer quelques déductions théoriques.

Contrairement à ce qui se passe dans la plupart des délires chroniques, nous avons ici un état organique, encore mal connu certes, mais dont nous avons quelques notions, et d'autre part des phénomènes psychopathiques qui apparaissent en concordance avec les effets de l'intoxication. Remarquons tout de suite qu'il faut distinguer les effets réversibles du toxique, dans l'intoxication aiguë, des effets irréversibles, lésionnels de l'intoxication chronique qui va laisser, même après suppression de la cause, un état morbide spécial en rapport avec les séquelles acquises. De même, les phénomènes psychopathiques paraissent être de deux ordres : les uns réversibles, ceux de l'intoxication aiguë, c'est-à-dire de l'ivresse, et les autres irréversibles, chroniques. Parmi ces accidents chroniques nous rangeons les accidents dits subaigus, la confusion et le délire onirique, car ils apparaissent après l'organisation d'un état particulier. Celui-ci est révélé à l'occasion de faits intercurrents, infections, intoxications (1), traumatismes, etc... C'est

(1) L'intoxication alcoolique ne semble provoquer le délire onirique dit subaigu que sur un organisme atteint préalablement d'intoxication chronique d'où la différence d'aspect clinique de l'ivresse, intoxication aiguë d'un organisme intact et du *delirium a potu nimio*. L'alcool semble agir ici comme n'importe quel agent toxique, infectieux ou traumatique.

sur l'état chronique, de séquelles de l'intoxication alcoolique que nous voyons apparaître les délires que nous étudions. En effet c'est souvent après un sevrage durant parfois plusieurs semaines ou même des mois que les phénomènes délirants apparaissent.

CONSIDERATIONS SUR LA PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ALCOOLISME.

L'alcool, comme tout toxique, donne lieu à deux catégories de troubles : les uns, primitifs, sont en rapport avec l'action directe, les autres, secondaires, sont les effets d'une action éloignée ; ils sont en rapport avec des lésions acquises et non avec l'action immédiate de l'alcool. Il faut donc distinguer les effets de l'action directe de l'alcool et ceux de l'action indirecte.

L'action directe c'est l'imprégnation des centres nerveux par l'alcool plus ou moins oxydé. Ses manifestations cliniques constituent les ivresses qui comportent schématiquement : une phase d'excitation initiale, une phase de confusion de plus en plus profonde, enfin une phase de coma. On observe donc une inversion des effets de l'alcool, la fonction d'abord excitée est ensuite abolie. Cependant il existe des ivresses anormales qui représentent surtout des types de réaction particuliers à chaque organisme. Si l'alcool a une action spécifique, définie, qui tient à sa nature chimique, l'organisme qui la subit peut présenter des réactions individuelles variant selon son « équation personnelle toxique » (Lewin), selon sa formule neuro-végétative. Cette réaction est d'autant plus importante que l'action spécifique est plus faible. Les effets de l'alcool sur un organisme intact sont réversibles dans la plupart des cas et un retour à l'état normal suit l'élimination du toxique.

Sur un organisme déjà intoxiqué, l'action directe de l'alcool est profondément modifiée par le phénomène de l'accoutu-

Le paradoxe du délire *a potu suspenso* peut se concevoir ainsi : sur le fond d'intoxication chronique, de lésions plus ou moins profondes, la suppression brusque du toxique agit comme un élément de perturbation organique.

mance. Cette notion fort ancienne, de toxicologie générale est ainsi énoncée par Ladrague : « Mettez en présence une substance toxique et un organisme sain, ce dernier réagira plus ou moins violemment, suivant la nature et la dose du poison. Il y a révolte de l'organisme contre l'obligation où on le met d'absorber des substances nuisibles à la vie de ses cellules. Voilà comment se comporte un organisme sain ; mais, que de nouvelles doses lui soient imposées, la réaction perdra de sa violence ; plus tard, l'organisme cesse de réagir, l'accoutumance est créée... Accoutumance veut dire *parésie cellulaire*. Un degré de plus et la cellule non seulement ne réagit plus à l'excitant, mais encore le réclame. Ainsi se crée le *besoin* pathologique ». Cette conception est assez identique à celle dont Lewin revendique la paternité, en insistant sur la perte du potentiel de résistance au toxique accumulé.

L'alcool agit dans l'intoxication chronique par les lésions irréversibles qu'il provoque dans l'organisme. Nous avons vu (p. 18) la diffusion de cette atteinte ; mais nous avons insisté sur l'importance des lésions du tractus hépato-digestif. Les théories récentes insistent sur le facteur de carence en vitamines (B_1 surtout) dans ces états. Or les malades sont rarement dans les conditions expérimentales de suppression de vitamines. Il s'agit donc d'un trouble différent de la carence vraie. C'est pourquoi il faut admettre l'existence de carences par dysfonctionnement du système d'absorption digestif et hépatique. Les effets consistent en des troubles du métabolisme dans le système nerveux. Ces troubles ont été étudiés jusqu'ici en ce qui concerne le métabolisme des hydrates de carbone qui s'arrête à des phases intermédiaires où sont mis en liberté des produits d'action pathogène comme les pyruvates incriminés dans la pathogénie des polynévrites.

En somme, il faut admettre avec Marcel qu'il existe une action éloignée de l'alcool qui se poursuit lorsque la cause a disparu. Ce sont les effets des lésions provoquées par l'intoxication chronique.

L'ALCOOLISME CHRONIQUE.

Si l'on envisage l'alcoolisme au point de vue psychologique, en dehors de toutes les considérations biologiques portant sur l'hérédité similaire créant une disposition, sur la fragilité de la résistance à l'alcool, sur la perte du potentiel vital de l'individu, etc., il apparaît en relation avec certaines conditions psychologiques qui constituent, dans cet ordre de faits, des causes au moins apparentes, et d'autre part des conséquences de l'habitude du toxique.

Il existe deux sortes de causes, celles qui, extérieures à l'individu, lui sont imposées par le milieu où il vit, et celles qui viennent du développement et des réactions de sa personnalité propre. Il s'agit en somme de motivations passives ou subies et de motivations actives, causes déterminantes d'une activité.

Parmi les causes externes, nous avons vu les faits sociaux sur lesquels nous ne reviendrons pas. Ils agissent selon les données de la psychologie collective. L'alcoolisme apparaît ainsi comme la conséquence d'une mentalité de groupe. Il constitue alors un phénomène social, un objet d'étude pour la sociologie. Mais ce fait social est également en rapport avec un facteur individuel qui est la suggestibilité. Selon le degré de celle-ci, l'individu subira plus ou moins passivement les incitations qui lui viendront du monde extérieur. C'est ainsi que nombre de débiles mentaux, abouliques, suggestibles et par surcroît, fragiles à l'alcool, deviennent des buveurs invétérés.

Les causes proprement individuelles sont multiples. Au premier plan se place la recherche du plaisir, qu'il s'agisse d'alcoolisme par gourmandise ou, plus fréquemment, de la recherche de l'euphorie que provoque l'alcool. Cette motivation hédonique semble être, à un premier examen, l'une des plus logiques; mais en fait, on constate souvent qu'elle accompagne des pulsions auto-destructrices. Ce fait d'observation banale laisse supposer chez l'individu qui le présente, une sorte de perte du potentiel vital qui lui fait diriger son activité contre sa propre personnalité. C'est l'aspect psychologique du fait biologique général de la dégénérescence; l'indi-

vidu qui en est atteint paraît tendre vers une auto-destruction et sur un plan général, vers une extinction de l'espèce.

La compensation est souvent invoquée, et nous avons vu le rôle considérable attribué par l'école d'Adler à ce fait. Un autre mécanisme psychologique, l'ostentation, nous semble jouer un rôle au moins aussi important parmi les causes de l'alcoolisme. C'est, pour le buveur, le moyen de prouver sa puissance, de se concilier l'amitié, au moins momentanée, de ses semblables éblouis par cette séduction. N'est-ce pas ce moyen qui permet le mieux au faible de se donner une impression de puissance ? En cela, l'ostentation pourrait être considérée comme une conséquence de la compensation, mais en fait, elle est en rapport avec une pulsion vitale beaucoup plus profonde et beaucoup moins complexe. L'ostentation est un fait biologique élémentaire dont les diverses « parades » sont un aspect. Que la compensation soit un fait secondaire qui n'est peut-être que le résultat de la comparaison peu avantageuse que l'individu établit entre l'effet qu'il croit avoir produit, et la triste réalité dont il reprend conscience, la parade terminée, c'est ce qu'il est permis de supposer aussi bien que telle autre hypothèse. C'est, en effet, dans l'ostentation plus que dans une compensation qui n'a souvent pas lieu d'exister, qu'il faut rechercher, à notre sens, la cause principale du comportement du buveur généreux entouré d'amis attirés par l'intérêt.

Il existe encore un autre ordre de motivations : certains alcooliques sont, avant tout, des petits déprimés constitutionnels ou des périodiques qui cherchent, plus ou moins consciemment, dans l'alcool, le moyen qui leur permet de remonter leur tension psychologique et de rendre ainsi moins pénible le contact avec le milieu ambiant. L'effet consiste dans la disparition de tous les sentiments d'incomplétude et de l'aboulie tant que dure l'intoxication. Mais, à la dépression constitutionnelle, l'alcool ajoute après la phase passagère d'excitation, son action dépressive, aggravant ainsi l'état antérieur.

En somme, les causes psychologiques de l'alcoolisme sont de plusieurs ordres : les unes ressortent de la suggestibilité

et de l'interpsychologie collective, il s'agit de causes inhérentes à la psychologie du groupe; les autres peuvent être attribuées à des mécanismes psychologiques divers où nous voyons la recherche du plaisir, les pulsions d'auto-agressivité en opposition avec ce qu'il est convenu d'appeler l'instinct de conservation; un aspect de cette recherche hédonique serait la compensation, mais le rôle de celle-ci nous paraît beaucoup moins important que celui de l'ostentation. Il est enfin des causes liées à des conditions psychologiques morbides, en particulier aux états de basse tension étudiés par Janet. Il est remarquable de constater que ces motivations correspondent à des états qui pourraient être provoqués par l'alcoolisme lui-même. C'est pourquoi celui-ci entraîne leur aggravation inéluctable, à moins que l'on ne parvienne à rompre le cycle par une thérapeutique appropriée.

Les effets de l'alcool sur le psychisme ont été envisagés ci-dessus. L'affaiblissement de l'affectivité est au premier plan. C'est en effet sur celle-ci, plus que sur l'intelligence, que reposent les sentiments éthiques qui, dans leur forme commune, ne sont qu'une sorte de dressage. L'atteinte de l'affectivité soustrait aux prohibitions leur charge affective. C'est ce que l'on exprime en langage analytique en supposant une régression du surmoi, une diminution du refoulement. L'affaiblissement des charges affectives associées à chaque prohibition, rentre dans le fait général de la diminution de l'affectivité dans l'alcoolisme, d'où le caractère des infractions morales qui signent la disparition des sentiments éthiques.

L'affaiblissement intellectuel proprement dit est constant, il se traduit par une atteinte certaines des capacités d'adaptation et de jugement appliquées aux situations vitales, et nous avons insisté sur la déchéance progressive qui marque les étapes de la vie de l'alcoolique. L'activité volontaire est fortement atteinte. L'aboulie des buveurs qui a été maintes fois décrite, constitue un des plus grands obstacles que rencontre la thérapeutique. Cette diminution des capacités de volition se manifeste par la suggestibilité qui devient extrême dans les cas d'intoxication chronique profonde. Ce trouble peut être rapporté à une diminution du potentiel vital de

l'individu alcoolisé. Les pulsions fondamentales, la Hormé (selon la terminologie de C. v. Monakow) sont profondément atteintes. Ceci apparaît bien dans le cas particulier de l'instinct sexuel : on observe, après une première phase d'excitation, une période d'affaiblissement graduel de la libido. Cet affaiblissement est mis en évidence dans ces délires chroniques où apparaît un déchaînement parasexuel, une libération des perversions et du verbalisme érotique en même temps qu'une diminution certaine des pulsions libidinales. C'est un processus analogue à celui qui conditionne les tendances à la salacité et les libérations de paraphilies que l'on observe chez les déments séniles.

Ainsi, la variation des conditions psychologiques signe l'aggravation de l'intoxication. L'alcoolisme social est en rapport avec la suggestibilité, la psychologie de groupe, l'ostentation et la compensation; ses effets se limitent le plus souvent à l'excitation, mais déjà apparaissent des périodes de basse tension épisodiques. Le stade dipsomaniaque correspond à une atteinte plus profonde; la dépression prédomine et ne cède qu'aux ingestions d'alcool de plus en plus massives. Apparaissent alors les troubles de l'activité volontaire, l'aboulie et une certaine diminution affective. Mais c'est au stade d'alcoolisme chronique que vont s'affirmer l'affaiblissement de l'instinct vital, la diminution de l'intelligence, de l'affectivité, la disparition des inhibitions d'ordre moral. Il s'agit donc d'une véritable action sur la personnalité de l'individu que l'affaiblissement acquis de son élan vital va rendre comparable à celui qui présentait un potentiel vital insuffisant, au dégénéré héréditaire de nos anciens classiques.

LE DELIRE ALCOOLIQUE SUBAIGU.

L'alcoolique chronique, parvenu à un certain stade, réagit à toute condition occasionnelle, toxique, infectieuse, traumatique par un délire aigu dont les symptômes sont centrés autour de deux pôles: l'onirisme et la confusion.

Comme nous l'avons exposé ci-dessus on a recherché si l'onirisme dépendait de l'état de confusion : nous avons adopté le point de vue de Régis, repris par Charpentier qui

fait de l'onirisme et de la confusion deux phénomènes distincts pouvant être observés isolément. Ils paraissent témoigner de l'existence d'un fait plus fondamental dont chacun d'eux est une manifestation d'ailleurs inconstante. L'examen des faits cliniques semble éclairer la nature de ce trouble.

Le délirant alcoolique vit un cauchemar. Son état affectif est entièrement dominé par un sentiment primordial : la peur. C'est une anxiété extrême, continue, s'exacerbant par paroxysmes. Il s'agit là d'un état émotionnel intense. Sans insister sur l'hypothèse du rôle de l'expression mimique dans la genèse de l'émotion, tel que l'envisage W. James, notons ici que certains signes physiques du délire comme le tremblement, les sueurs, la mobilité mimique, se confondent curieusement avec ceux qui expriment la peur extrême. Par les propos du malade, par le souvenir épouvanté qu'il gardera souvent de cette période, nous savons qu'elle est la nature terrifiante des sentiments qu'il éprouve. Il s'agit, dans les cas les plus nets, d'un effroi interne, d'un sentiment de terreur irrépressible. Quelle est la part de cette anxiété intense dans la production du délire onirique ? Nous allons retrouver cette marque affective exprimée dans le thème, presque toujours de caractère terrifiant. Ce sont des poursuites, des menaces de mort, des supplices, etc. Les phénomènes psycho-sensoriels sont-ils la cause de cette anxiété ? Ils sont, en effet, particulièrement terrifiants, mais ils ne constituent, peut-être, qu'une manifestation, une objectivation de la peur diffuse éprouvée par le malade. C'est parce que le malade a un sentiment de peur que ces hallucinations prennent un caractère terrifiant et celles-ci sont, pour une grande part, expressions de l'état affectif. A l'appui de cette supposition, rappelons qu'il existe des délires oniriques émotifs où l'on observe un état de rêve reproduisant en général l'incident qui provoqua la terreur. Il s'accompagne des mêmes sentiments de panique comme si la persistance de l'état affectif pouvait reproduire le délire.

L'hallucination proprement dite a des caractères spéciaux qui la distingue de ce que l'on observe dans le délire chronique. Henri Ey, à de nombreuses reprises, a donné des études

de ce phénomène qu'il faut rattacher non pas à une seule excitation des récepteurs périphériques, ni même des aires corticales, mais à un mécanisme beaucoup plus global, concernant l'ensemble de la fonction. L'hallucination apparaît en somme comme un mode de pensée liée à une régression uniforme de la personnalité et de l'activité psychique dans leur ensemble.

Les perceptions de l'alcoolique atteint de délire aigu sont extrêmement troublées. Souvent on peut mettre en évidence l'importance de phénomènes d'ordre illusionnel. C'est sur la perception d'un détail, d'un objet infime, que le sujet reconstruit une image complète, conforme à son état affectif, c'est l'évocation d'un objet terrifiant. Le phénomène d'hyperesthésie corticale (Cololian et Rodiet) ou mieux de suggestibilité hallucinatoire montre bien le mécanisme de ce trouble perceptif. Le malade perçoit l'ensemble de l'objet en concentrant son attention sur l'un de ses caractères les plus infimes, il voit le fil que les doigts de l'observateur semblent tenir. Du mouvement de l'index qui semble désigner quelque animal rampant dans un coin obscur, il déduit l'image mobile de la bête terrifiante. Il y a là un véritable rétrécissement du champ perceptif avec fixation intense de l'attention sur un point, condition qui favorise les erreurs de perception.

L'attention paraît diminuée et le plus souvent le malade est absent, il ne répond qu'aux interpellations fortes et se détourne rapidement, mais il demeure attentif à un détail, fixant une tache, un objet minuscule, un fragment sur le sol. Souvent il s'acharne pendant des heures à tirer le crin d'un matelas, reprenant inlassablement la même tâche sans se laisser distraire de son activité. L'attention provoquée est certes très diminuée, mais l'attention spontanée est hyperexcitable. Il s'agit d'une attention polarisée, centrée sur un détail infime et c'est selon l'expression de Janet le « rétrécissement du champ de la conscience », avec perte des perceptions d'ensemble, qui semble susciter l'illusion. De même que dans la lecture normale, la compréhension du sens est possible parce que nous percevons les images globales des mots et des phrases, de même dans cette lecture du monde exté-

rieur qui nous permet de nous orienter, d'appréhender la signification des objets dans leur réalité, c'est le caractère global, l'étendue du champ de notre conscience qui nous permet cette reconnaissance. La perception limitée aux détails empêche la compréhension exacte de l'ensemble, et dans son interprétation du monde extérieur le malade n'est plus guidé que par un champ perceptif rétréci. Ce phénomène a été autrefois longuement étudié dans le sommeil hypnotique et au cours des états hystériques.

La ressemblance des troubles psychiques du délire subaigu alcoolique avec ceux que l'on observe dans certains sommeils pathologiques ou normaux, a depuis longtemps frappé les auteurs, et il est superflu d'insister sur le caractère de rêve du délire onirique. Mais il s'agit d'un rêve poursuivi dans un état spécial, probablement intermédiaire entre le sommeil et la veille ainsi que le suppose Régis qui l'assimile à l'état somnambulique : « J'ai établi en particulier, et c'est là je crois le point dominant en l'espèce, que le délire onirique est un véritable état somnambulique, un état second. Comme tout état second il est formé par la mise en jeu de l'activité subconsciente ou inconsciente. »

La comparaison des troubles de la conscience dans les états psychopathiques avec ce que l'on observe dans les sommeils normaux et pathologiques, a souvent donné lieu à des considérations intéressantes. Henri Ey et ses élèves ont insisté sur l'identité du mécanisme du rêve et du délire en reprenant l'hypothèse directrice de Jackson des dissolutions uniformes des fonctions psychiques. Rappelons que Moreau, de Tours, insistait sur le « fait primordial » comme condition du rêve et de l'aliénation. Les études de J.-H. Jackson ont permis de préciser nos notions du mécanisme psycho-physiologique de ces états particuliers où prédomine le trouble de la conscience.

Pour J.-H. Jackson, les fonctions du système nerveux sont susceptibles de se désintégrer selon deux modes qui sont l'inverse de leur évolution : ce sont les dissolutions localisées, en rapport avec des troubles parcellaires d'ordre surtout neurologique, et les dissolutions uniformes qui conditionnent les troubles mentaux. Le type de la dissolution globale est

le sommeil où l'on peut observer quatre degrés : l'assoupissement, le sommeil traversé de rêves, le sommeil avec activité motrice seule, le sommeil profond dit sans rêve.

Des lois générales régissent les dissolutions. La lésion qui est une atteinte en moins ne peut être la cause d'un phénomène apparu en plus, elle ne peut produire que des effets négatifs ou de déficit. Les effets positifs sont en rapport avec l'activité des éléments intacts libérés du contrôle du niveau supérieur; une condition positive peut seule causer des effets positifs. Il faut donc distinguer, dans toute dissolution, des effets négatifs et des effets positifs. La désintégration se fait selon une échelle de niveaux qui correspond à l'ordre des niveaux d'évolution des fonctions, les plus évoluées étant les moins organisées, les plus complexes et les plus volontaires. La dissolution uniforme sera donc toujours dans le sens du plus organisé, du plus simple, du plus automatique. Ces niveaux qui ne correspondent pas, selon Jackson lui-même, à la nosographie clinique, vont des états de confusion légère jusqu'à ceux que l'auteur qualifie de « *dementia* », identique à l'« *amentia* » et que représente, par exemple, le coma post-critique de l'épilepsie, qui ne diffère pas fonctionnellement de la mort. Il s'agit donc surtout de principes généraux régissant des phénomènes de conscience dans des troubles psychopathiques du type des confusions, des sommeils pathologiques et des états d'obnubilation de l'épilepsie (1).

Dans le délire subaigu des buveurs nous observons des phénomènes qui peuvent être expliqués, ordonnés selon l'hypothèse des dissolutions uniformes. La condition négative est une dissolution des niveaux fonctionnels supérieurs, c'est la perte de la coordination, de la régulation de la pensée dans ce qu'elle a de plus volontaire, de moins automatique. C'est dire que les inhibitions les plus intellectualisées qui annulent

(1) JACKSON envisageait l'application de cette notion de dissolution uniforme à toute la psychiatrie. Il était alors conduit à apporter à sa loi générale trois correctifs : la personnalité du sujet, la rapidité de la dissolution les états corporels localisés. Mais il convenait qu'il était extrêmement rare d'observer une dissolution qui reproduise une véritable inversion de l'évolution dans le sens biologique, il faut donc donner à ce dernier terme « un sens algébrique ».

les réactions automatiques finalement inadéquates, vont disparaître ainsi que les incitations qui permettent des actes de caractère volontaire, c'est-à-dire les moins prévisibles, actes en rapport avec une adaptation à une finalité supérieure, à un but éloigné et non immédiatement perçu, cette adaptation obéissant à des modalités intellectuelles rationalisées. Puis s'effaceront des fonctions qui semblent plus élémentaires telles que l'orientation temporo-spatiale, la reconnaissance des personnes. Cette condition négative entraîne donc un effet négatif, c'est la confusion mentale qui est un premier aspect clinique du trouble fonctionnel de la conscience. La disparition des instances supérieures libère des aires sous-jacentes. Celles-ci donnent lieu à des décharges idéiques et motrices spontanées, ou plus souvent suscitées par des excitations externes. Le caractère paroxystique de ces décharges explique la mobilité du délire. L'absence d'inhibitions supérieures des réponses aux excitations minimales explique, avec la perte des fonctions proprement intellectuelles, que ce sont souvent des objets infimes, des tâches imperceptibles qui servent au malade à construire le monde où il se meut. L'acuité exagérée des perceptions parcellaires se combine à l'incapacité de constituer une vue d'ensemble. Comme dans le rêve du sommeil, il y a perte de la notion de durée, abolition des catégories logiques, libération d'associations d'idées automatiques, mais surtout prédominance du caractère absurde, fantasmagorique, en rapport avec un désordre extrême des perceptions et des représentations.

La régression vers le plus organisé, le plus simple, le plus automatique, explique la disparition de la spontanéité et l'exagération et la disproportion des réponses à des excitations minimales. Cette dissolution semble bien s'effectuer vers le plus organisé, c'est-à-dire le plus habituel, le plus social et aussi le plus archaïque, le plus ancestral. En fait, nous voyons les alcooliques délirants rêver de leurs occupations ou de leur métier, exécuter sans relâche les gestes de leur profession, interpellier leurs familiers. L'emprise de la collectivité est ressentie plus vivement par le malade qui en redoute le jugement, l'hostilité. C'est ainsi qu'il est conduit à deman-

der refuge et protection à l'organisme de préservation et de contrainte sociale, la police.

L'anxiété de l'alcoolique correspond à un sentiment de caractère archaïque, profond, instinctif, ainsi que le montre la constance insolite des objets autour desquels elle se cristallise. Ce sont les objets d'une peur ancestrale, d'une véritable phobie d'espèce, d'où les variations que l'on observe chez l'habitant des villes qui est terrorisé par les rats, les serpents, les animaux de ménagerie, chez le rural qui voit plus souvent des taureaux qui le chargent ou des chevaux furieux, chez les femmes parfois terrorisées par des visions de souris. Ces animaux portent en eux une valeur symbolique que l'on retrouve dans les terreurs puériles.

Les niveaux de dissolution que l'on observe peuvent être schématiquement répartis en quatre catégories : le rêve mnésique, le rêve agi plus ou moins mnésique, l'automatisme moteur amnésique et enfin le coma.

Le schéma des dissolutions uniformes est donc ici d'une incontestable utilité, et cependant il convient d'y apporter quelques restrictions. On observe en effet dans les délires subaigus des variations, non seulement dans le sens de la profondeur de l'atteinte fonctionnelle, mais dans la qualité de cette atteinte. Il faut donc tempérer cette notion de dissolution uniforme par le fait, admis par Jackson, de la spécificité relative du processus en cause. De même que les libérations observées dans l'épilepsie diffèrent de celles du délire des buveurs, à l'intérieur de cette dernière entité, on a pu noter des variations non seulement selon les individus, mais encore selon la qualité du toxique habituel. La dissolution uniforme des fonctions répond à un schéma général, mais il faut tenir compte en outre du fait que l'alcool peut produire des libérations et peut-être des excitations partielles d'une qualité particulière que l'on n'observe pas dans les autres intoxications (1).

(1) Ce disant, nous ne nous écartons pas sensiblement de ce que Hughlings JACKSON écrit lui-même : « Quoique je parle de dissolution des centres cérébraux les plus élevés comme s'ils étaient uniformes (comme si toutes les divisions de ces centres étaient affectées de même)

LES DELIRES CHRONIQUES.

Dans cet essai, nous avons cherché à synthétiser ou mieux à grouper et ordonner des notions générales que notre étude nous a semblé mettre en valeur. Ces données empiriques constituent quelques lois ou principes généraux qui peuvent contribuer à mettre un peu d'ordre dans l'étude des délires chroniques.

Le rôle de l'intoxication dans l'effet éloigné que constituent les troubles mentaux nous semble avoir été bien décrit, dès 1847, par Marcel. Dans toute intoxication, il faut distinguer les accidents primitifs et les accidents secondaires. L'intoxication chronique se traduit par des manifestations très différentes de l'intoxication primitive et, en ce qui concerne l'alcoolisme, il est légitime de dire que c'est une phase nouvelle de l'empoisonnement alcoolique qui apparaît. L'alcool agit ici par processus interposé, c'est-à-dire par les lésions qu'il a créées, par son effet sur la personnalité. Ce sont ces lésions, ces altérations des fonctions qui permettront l'apparition du délire. Celui-ci survient à la faveur d'une altération de la personnalité, et il n'est pas inutile de rappeler l'ancienne notion, admise par Morel, Magnan, de dégénérescence, d'aptitude au délire, acquise au cours de la vie d'un sujet précédemment indemne de tare. Cette altération dégénérative de la personnalité semble résulter de l'action d'agents qui, comme l'alcool, ont un pouvoir de dégénération atteignant non seulement l'individu, mais encore ses descendants. Si l'intoxication alcoolique ne crée pas directement le délire, elle suscite un processus interposé qui est la cause de son apparition.

On observe très souvent l'apparition du délire chronique après une phase où l'intoxication n'est plus en jeu, par exemple après une longue période de sevrage, alors que le malade interné depuis plusieurs mois semble évoluer vers la guérison. Le délire chronique n'est donc pas la conséquence des phénomènes passagers d'intoxication aiguë qui

il est assez clair qu'il existe des dissolutions locales de ces centres. Qu'il y ait diverses espèces aussi bien que divers degrés d'aliénation est évident (la mélancolie et la paralysie générale par exemple) ».

sont d'ailleurs rares chez certains alcooliques chroniques. L'ivresse n'est pas suivie en général de délire durable. Ce sont les lésions et altérations physiologiques acquises, en partie au moins irréversibles, qui conditionnent le délire secondaire. Celui-ci apparaît comme une séquelle de l'alcoolisme chronique. Nos observations nous ont montré que cette séquelle ne varie pas au cours des années de sevrage qui sont imposées au malade et, d'autre part, chez des sujets qui ont continué à boire, n'ayant été internés que longtemps après le début du délire, il n'y a pas de modification de l'état mental par les apports de toxique nouveaux.

L'organisation des séquelles que constituent les délires secondaires obéissent à certaines lois générales qui ont été indiquées par G. de Clérambault. Celui-ci a exprimé trois lois empiriques qui répondent aux constatations cliniques. Sans préjuger du mécanisme qui les explique pour cet auteur, ou plutôt du schéma mécanique qui constitue l'hypothèse qui lui permet sans doute de les formuler, il faut en retenir à un point de vue purement clinique, que certaines règles régissent l'apparition des délires secondaires aux intoxications et aux infections et rien n'interdit d'admettre avec lui l'hypothèse de travail qui lui fait considérer les autres délires ou psychoses hallucinatoires chroniques comme des syndromes cryptogénétiques.

G. de Clérambault a formulé trois lois : de l'âge, de massivité, de latence. Ces lois régissent la « systématisation », celle-ci étant entendue non pas au point de vue idéique, mais au sens de « répartition et de marche du processus neurologique » ; en effet, il faut tenir compte pour de Clérambault, de ce qu'il existe une atteinte neurologique primitive qui, selon sa localisation ou sa diffluence, son mode d'invasion, crée des symptômes grossiers ou subtils, diffus ou localisés. En outre, il existe constamment une atteinte prédémentielle plus ou moins visible ; cette atteinte est la cause du caractère plus ou moins absurde des idées et des altérations plus ou moins graves de l'affectivité. Le processus démentiel n'est pas exclu par la débilité mentale qui, au contraire, l'accélérerait.

La répartition systématique du processus peut ainsi être conçue différemment selon qu'il existe des atteintes grossières qui donnent les hallucinations auditives verbales thématiques, ou subtiles donnant le syndrome d'automatisme et, d'une façon concomitante, un état de prédéminence intellectuelle et affective. Cette répartition systématique aboutit d'une part à des formes qui s'accompagnent d'une prédominance des phénomènes subtils, d'une atteinte intellectuelle grave et profonde; ces formes sont apparentées aux formes paranoïdes de la démence précoce et G. de Clérambault souligne la continuité clinique des tableaux de démence précoce et de psychose hallucinatoire chronique de l'adulte jeune. D'autre part, il existe des formes avec déficit léger et prédominance de phénomènes grossiers excluant, par balancement, le syndrome d'automatisme. Ce sont des formes où le malade fait une systématisation (au sens idéique), « au prorata de son intelligence et selon sa forme d'intelligence ». C'est dire que ces formes répondent au tableau de la psychose hallucinatoire chronique.

La loi de l'âge est considérée par G. de Clérambault comme un principe général applicable à la pathologie du système nerveux. Elle a été formulée avec une concision remarquable en ces termes : « L'échelle des âges nous montre des atteintes « différentes de l'axe nerveux pour chaque période de l'exis- « tence. Période fœtale et première enfance, atteintes médul- « laires et cérébrales massives (paralysie et idiotie); pre- « mière et deuxième enfance, atteintes motrices plus circon- « crites, atteintes psychiques moins profondes (imbécillité, « arriération); à partir de douze ans, atteintes motrices pres- « ques supprimées; de douze à dix-huit ans, atteintes de « l'intellect et du caractère, encore globales, mais non tota- « lement uniformes (prédominance d'aprosodie et de pervers- « sions); à partir de la puberté, formes confusionnelles chro- « niques et démence précoce à forme surtout dementielle; « passé vingt ans, démences précoces paranoïdes, et d'autant « plus paranoïdes que le sujet se trouve être d'un âge plus « avancé; à quarante ans, psychoses hallucinatoires dites « systématiques avec conservation totale ou subtotale de

« l'intégrité intellectuelle et affective. » Il existe ainsi une véritable continuité des tableaux cliniques depuis la forme presque exclusivement démentielle jusqu'à la forme dite systématisée. G. de Clérambault met bien en évidence la parenté étroite, la continuité qui existe entre ces formes : « Les « démences précoces à partir de vingt-cinq ans, perdent leur « forme démentielle pour revêtir des modalités délirantes, « avec persistances affectives et mentales d'autant plus étendues et stables que la psychose est plus tardive, en sorte « que le symptôme démence, dans de très nombreux cas, « devient douteux et qu'entre démence paranoïde d'une part, « psychose systématique de l'autre, s'étend une série ininterrompue de formes moyennes. » Et l'auteur va jusqu'à admettre que s'il s'agit de troubles variés dans leur aspect, ils sont identiques dans leur nature : « série si graduée et si riche « que l'on peut dire que les cas extrêmes, différents par leur « teneur, sont identiques par leur nature », conception qui se rapproche de celle qui fit rattacher certains délires chroniques au groupe des schizophrénies.

Les délires chroniques des alcooliques que nous avons étudiés, aussi bien ceux dont nous avons rapporté les observations particulièrement typiques, que ceux que nous avons pu observer en outre, répondent particulièrement à cette loi de l'âge. Il faut noter cependant la rareté des manifestations d'alcoolisme chronique avant trente ans et il semble qu'avant cet âge cette étiologie puisse être assez rarement incriminée dans le développement de la psychose. Nous avons observé des formes paranoïdes avec un certain déficit intellectuel et affectif chez les sujets encore jeunes comme dans l'observation X (28 ans) et dans l'observation VIII (35 ans); ce déficit est déjà moins net dans l'observation XI (38 ans). Plus tard, il s'agit de formes plus systématiques avec phénomènes plus distincts, de signification plus explicite, le thème est plus nettement systématisé, ainsi dans l'observation V (41 ans), III (47 ans) et XIV (58 ans).

Il semble donc que la systématisation des phénomènes délirants soit proportionnelle à l'âge; cependant, cette loi ainsi formulée ne nous paraît pas complète. Chez les vieux

buveurs, il existe d'une façon constante une démence plus ou moins profonde, d'où l'aspect de ces délires fragmentaires, absurdes, à réaction affective anxieuse imprécise et à thème quasi inexistant que nous proposons d'appeler formes délirantes de la démence alcoolique, tels sont les cas rapportés dans l'observation VII (61 ans) et VI (56 ans). Il faut donc admettre que, dans ces cas particuliers, un certain degré de démence acquise et relevant d'une cause commune avec celle du délire, vient donner un tableau clinique spécial de démence à forme délirante.

Ainsi, dans une première approximation, on peut énoncer que les formes cliniques sont en rapport avec l'âge auquel elles apparaissent. Il convient de compléter cette donnée par les lois de latence et de massivité.

La loi de latence définit le rapport entre la systématisation, c'est-à-dire le caractère subtil ou grossier du phénomène et la durée de la période pendant laquelle l'agression morbide n'a donné lieu à aucune manifestation clinique. Selon G. de Clérambault, plus la période de latence est prolongée, plus les troubles sont subtils, électifs; plus elle est courte, plus ils sont massifs, globaux. Ainsi, entre plusieurs sujets du même âge: « les sujets à atteinte cérébrale immédiate feront, « en cas de chronicité, des troubles massifs: confusion, « démence affective et hallucinations grossières; la démence « sera moins globale si les troubles débutent tardivement « ou procèdent avec rémittences; dans les cas de début tardif « ou de rémittence, les troubles sensoriels eux-mêmes seront « moins grossiers ». Cette loi concorde avec nos constatations cliniques dans le délire chronique des alcooliques. Les intoxications prolongées mais minimes qui se traduisent par un alcoolisme latent donnent en effet des formes chroniques où prédominent les phénomènes discrets d'automatisme mental avec conservation relative de l'affectivité et de l'intelligence.

La loi de massivité va de pair avec la précédente. Elle peut être définie ainsi: la systématisation, c'est-à-dire la subtilité, le caractère partiel des phénomènes est d'autant plus faible que l'atteinte est plus massive; et il est évident que la rapi-

dité d'invasion est d'autant plus courte que l'agression est plus massive. L'importance quantitative de l'intoxication se traduit cliniquement par le caractère d'autant plus global des manifestations chroniques. Ainsi une intoxication chronique massive est suivie de phénomènes globaux de caractère plus démentiel que dans le cas d'une intoxication moins importante. C'est ce que montre l'observation XIII : une intoxication massive chez un homme âgé de 35 ans, de petite taille, donne lieu à un délire chronique qui évolue très rapidement vers une démence profonde. En opposition, le malade de l'observation XI, âgé de 35 ans, a subi une intoxication moins massive mais prolongée; celle-ci n'a donné lieu qu'à un accès de delirium unique, précédant l'apparition des troubles chroniques. Il présente une psychose où prédominent les phénomènes discrets d'automatisme mental avec conservation relative de l'affectivité et de l'intelligence.

Certains caractères cliniques des délires secondaires peuvent donner lieu à des considérations pathogéniques. Il semble que l'on puisse considérer le délire chronique comme une séquelle; il se distingue du délire aigu qui présente le caractère de dissolution uniforme que nous ne retrouvons pas dans le délire secondaire, sinon d'une manière passagère, constituant les « moments féconds » ou « Erlebniss » dont l'importance dans l'élaboration du délire a été particulièrement étudiée par Henri Ey.

Le délire chronique nous apparaît comme un ensemble complexe. D'une part, le processus se traduit par des moments féconds, véritables états de dissolution au sens de Jackson, comparables aux effets du sommeil par exemple; de l'autre, un processus α lentement évolutif a pour effet de créer une organisation, une construction.

Dans l'étude de la phase de réveil du délire onirique, nous avons vu que la guérison se fait par oscillations et retour progressif à un état normal avec abandon de la conviction morbide. Dans les « psychoses post-oniriques » on admet que la guérison est incomplète, il y a conservation de certaines idées fixes. Nous avons insisté sur le fait que ces reliquats oniriques paraissent peu importants dans le délire, au moins

en tant qu'idée ou fait intellectuel; par contre, il nous semble capital de constater que la guérison ou l'évolution des états subaigus met en œuvre un processus de reconstruction, de création en quelque sorte, d'une nouvelle synthèse mentale. Il s'agit d'une organisation secondaire de la personnalité, consécutive à un état de dissolution plus ou moins profond.

Ce processus de guérison peut être défectueux, et c'est l'ensemble pathologique formé par l'action pathogène et la réaction de l'organisme qui donne lieu à la constitution d'un état séquelle, de même qu'une cicatrisation vicieuse est le résultat d'un processus de guérison. Cette séquelle délirante s'organise en raison de plusieurs facteurs que les observations mettent en évidence. D'une part, l'alcoolisme chronique donne lieu à des délires subaigus, conséquence de certains troubles massifs. Ces délires constituent des dissolutions uniformes de niveaux qui laissent leurs traces soit sous la forme de troubles intellectuels, idées fixes post-oniriques, idées délirantes rétrospectives, soit sous forme d'une atteinte beaucoup plus profonde, celle de la vie affective. C'est en effet à des sentiments élémentaires de peur, d'anxiété, d'insécurité, de dépersonnalisation qu'il faut rapporter la charge dynamique, l'affect, qui va ressurgir avec l'idée délirante néoformée. D'autre part, l'alcoolisme chronique est générateur, en dehors du délire subaigu, d'une démence progressive plus affective peut-être qu'intellectuelle. Les formes délirantes de la démence alcoolique montrent le caractère absurde, uniforme, inexplicable du délire pour le malade lui-même. Chez l'un d'eux (observ. VI), c'est un jugement qui se déroule, il n'y comprend rien, on l'appelle, on le menace, ceci joint à une vague anxiété qui engendre des idées de culpabilité, lui fait supposer qu'il est appelé en justice. Chez un autre (observ. VII), il ne subsiste plus qu'une anxiété maxima, un sentiment de terreur panique qui accompagne les menaces entendues. Dans les deux cas, la construction est presque inexistante; sa pauvreté même traduit le déficit du malade. Il semble que la structure délirante soit diminuée par la démence. La séquelle se constitue selon les possibilités du malade. A un moindre degré on

retrouve dans le délire chronique toutes les altérations de la personnalité de l'alcoolisme mental.

Le processus qui aboutit au délire n'est pas essentiellement différent de celui de la guérison. De même que celle-ci s'effectue en fonction de la nature, de la profondeur, de la spécificité de l'atteinte et des caractères préformés ou acquis, de même le délire chronique, véritable guérison vicieuse, est créateur d'une personnalité morbide où se retrouvent des caractères préformés ou acquis, variables, mais si prépondérants dans le tableau clinique, qu'ils dissimulent les signes de l'ancienne atteinte spécifique de l'organisme. Dans le délire chronique des alcooliques, la trace de l'alcool est devenue fruste, effacée par le temps et masquée par l'importance de la réaction de la personnalité. Mais, dans la réaction de la personnalité nous retrouvons des caractères spéciaux, car l'alcool, qu'il impose sa marque ou sélectionne le buveur, le ramène à ce type classique, jaloux, amoral, aboulique et déchû socialement qui délirera le plus souvent comme un hyposthénique amoral et jaloux.

Dans son évolution, le délire chronique montre encore son caractère de séquelle subsistant même après la disparition de l'agent causal, et nous avons insisté sur la rareté et le peu de certitude des guérisons. La constitution d'un délire-séquelle est un processus vicieux de guérison, il aboutit à un état stable qui se trouve être un état mental défectueux, mais qui a cessé d'être une maladie évolutive.

Le délire chronique étant une séquelle irréversible, on comprend sa résistance aux thérapeutiques habituelles de l'alcoolisme chronique. Nous avons tenté chez ces malades des traitements prolongés par la strychnine à dose forte (20 mmgr. par jour) pendant un et deux mois, sans incident notable et sans aucune amélioration. La vitaminothérapie B₁ par voie parentérale et même intra-rachidienne ne nous a pas donné de résultats plus encourageants malgré l'habituel succès de ces thérapeutiques dans les troubles réversibles de l'alcoolisme chronique. Il semble que l'on pourrait tenter, lorsque la résistance des malades le permet, les thérapeutiques de choc convulsivantes ou insuliniqes. Celes-ci agiraient peut-être sur

les séquelles, sur la personnalité morbide développée secondairement à l'acoolisme qui reproduit cliniquement les formes délirantes chroniques habituelles, d'étiologie inconnue, dans lesquelles ces moyens thérapeutiques ont permis de formuler quelque espoir de guérison ou au moins de rémission.

CONCLUSIONS

1.) Il est légitime d'isoler le délire chronique des alcooliques (paranoïa alcoolique) en raison de ses caractères cliniques, des modalités de son évolution et de son étiologie.

2.) On peut observer des formes cliniques variées : formes hébéphréniques et paranoïdes, psychose hallucinatoire chronique, délires d'interprétation et de rêverie, enfin formes délirantes de la démence alcoolique et pseudo-paralysie générale.

Ces formes obéissent à la loi de l'âge et sont en fonction du terrain dégénératif héréditaire ou acquis.

3.) Le phénomène délirant est peu caractéristique, on note cependant l'existence de reliquats oniriques, la grande variété des troubles psycho-sensoriels et leur défaut de systématisation.

Le contenu délirant est une projection de l'état mental de l'alcoolique chronique. Les thèmes les plus fréquents sont : la jalousie, l'empoisonnement et les thèmes sexuels très obscènes.

4.) Les recherches biologiques précisent les conditions d'apparition du délire : mode d'action du toxique, caractère des lésions acquises, mais ne permettent pas encore de mettre

en évidence le trouble organique initial. On peut supposer qu'une atteinte diffuse de l'organisme, l'acquisition d'un terrain spécial sont nécessaires à la production du délire.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

VU : *Le Président de Thèse,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages classiques, Traités et Précis, ne sont pas cités ici, ils sont mentionnés au chapitre : « Historique ». Pour les notions générales sur l'alcoolisme nous renvoyons à : TRIBOULET, MATHIEU, MIGNOT, *Traité de l'alcoolisme*, Paris (Masson, 1905).

P. KLOTZ, *La polynévrile alcoolique*. (Thèse, Paris, 1937.)

On trouvera la bibliographie des délires, antérieure à 1898, dans :

COLOLIAN, *Les alcooliques persécutés*. (Thèse, Paris, 1898.)

ALLAMAGNY. — Les séquelles de l'onirisme alcoolique. (Thèse Paris, 1914.)

ANGLADE. — Les délires systématisés secondaires. (*Congrès des Al. et Neurol.*, Marseille, 1899.)

BARBÉ. — La psychose hallucinatoire tardive des alcooliques. (*L'Encéphale*, 1912, t. II, p. 334.)

BENON. — L'alcoolisme mental. (Paris, Doin, 1924.)

BESSIÈRES et DESHAIES. — L'alcoolisme par le vin. (*Gazette des Hôpitaux*, 1939, n° 53, p. 921.)

BOREL et ROBIN. — Les rêveries morbides. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1924, t. I, p. 232.)

CHARPENTIER. — Contribution à l'étude des délires toxi-infectieux. (*Revue neurologique*, 1919, p. 754.)

CLAUDE et EY. — Hallucinoze et hallucinations. (*L'Encéphale*, 1932, t. II, p. 576.)

— Les états hallucinatoires dans l'encéphalite épidémique et le problème des hallucinations. (*L'Encéphale*, 1933, p. 485.)

CLÉRAMBAULT (G. de). — Discussion du rapport sur l'Automatisme Mental. (*Congrès des Al. et Neurol.*, Blois, 1927.)

— Psychoses à base d'automatisme. (*Pratique Médicale Française*, mai 1925 (A) et juin 1926 (A).)

CURRAN (F.-J.). — Personality studies in alcoholic women. (*J. of nervous and mental diseases*, 1937, vol. 86, p. 645.)

DELMAS et GALLAIS. — Délire systématisé secondaire post-onirique. (*L'Encéphale*, 1911, t. II, p. 472.)

- DELMAS. — Les psychoses post-oniriques. (*Congrès des Al. et Neurol.*, Strasbourg, 1920.)
- Du délire onirique au délire d'interprétation. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1932, t. II, p. 77.)
- DAUSSY. — Les délires chroniques d'origine alcoolique. (*Thèse Paris*, 1924.)
- DUBLINEAU. — Alcool et troubles mentaux. (*Semaine des Hôpitaux*, 1933, p. 578.)
- Réflexions à propos de quelques psychoses alcooliques. (*Evolution psychiatrique*, 1934, fasc. II.)
- DUBLINEAU et DUCHÊNE. — Valeur pathogénique des troubles du caractère observés chez les buveurs. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1939, t. II, p. 89.)
- Sur les facteurs de curabilité dans certains troubles mentaux des buveurs. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1939, t. II, p. 94.)
- DWORETSKI. — Psychose hallucinatoire post-onirique. (*Thèse Paris*, 1915.)
- EPSTEIN. — Das subakute agrypnische Syndrom des Alkoholiker. (*Zeit. f. g. N. und P.*, 1933, vol. 146, p. 525.)
- EY (H.). — Hallucination et délire. (Paris, Alcan, 1934.)
- Brèves remarques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1934, t. I.)
- Les problèmes physiopathologiques de l'activité hallucinatoire. (*Evolution psychiatrique*, 1938, fasc. II, p. 3.)
- EY et ROUART. — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. (*Monographie de l'Encéphale*, 1937.)
- FOREL. — Les toxicomanes. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1931, t. II, p. 362.)
- GONNET. — Délires résiduels à durée prolongée chez les buveurs abstinents. (*J. de Psychologie*, 1913, p. 321.)
- HART. — Personality factors in alcoholism. (*Arch. of Neurol. and Psychiat.*, 1930, vol. 24, p. 116.)
- HEUYER et BOREL. — Délire de rêverie. *Soc. de Psychiatrie*, séance du 15 juin 1922. (*J. de Psychologie*, 1923, p. 85.)
- HEUYER et LACAN. — Alcoolisme subaigu à pouls normal ou ralenti, coexistence du syndrome d'automatisme mental. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1933, t. II, p. 531.)
- ISCOVESCO. — Des idées de jalousie dans le délire alcoolique. (*Thèse Paris*, 1898.)
- JACKSON (J.-Hughlings). — Selected writings : the factors of insanity (t. II, p. 411) [Londres, Hodder and Stoughton, 1932.]
- KNIGHT. — The psychodynamics of chronic alcoholism. (*J. of nervous and mental diseases*, 1937, vol. 86, p. 538.)
- KLIPPEL et TRÉNAUNAY. — Délire systématisé de rêve à rêve. (*Rev. de Psychiatrie*, 1901, p. 97.)
- LAGRIFFE. — Du rêve au délire. (*Gazette des Hôpitaux*, 1902, n° 46, p. 453.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Séméiologie du rêve. (*Gazette des Hôpitaux*, 1910, p. 1.881.)

- LEGRAIN. — Les folies à éclipse. (Paris, Bloud, 1910.)
- LÉVY-VALENSI. — L'alcoolisme indicateur des tendances et des psychopathies. (Semaine des Hôpitaux, 1934, p. 224.)
- LEWIN. — *Les paradis artificiels*, trad. Gidon, Paris, Payot, 1928.
- MEYER. — Ueber acute und chronische Alkoholpsychosen. (*Arch. f. Psychiatrie*, 1904, vol. 28, fasc. 2, p. 331.)
- MOURGUE. — Neurobiologie de l'hallucination. (Bruxelles, Lamertin, 1932.)
- ODIER. — L'argent et les névrosés, chap. II : le cas Julien. (*Revue Française de psychanalyse*, 1928, p. 627.)
- PLOTKE. — Le problème de l'alcoolique considéré au point de vue de l'Individualpsychologie d'Adler. (*Hygiène mentale*, 1934, p. 250.)
- PRIVAT DE FORTUNIÉ. — Alcoolisme et démence précoce. (*Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 1922, p. 137.)
- RALLU. — Les psychoses alcooliques et leurs facteurs économiques. (*Thèse Paris*, 1938.)
- RÉGIS. — La phase de réveil du délire onirique. (*L'Encéphale*, 1911.)
- SCHLESINGER. — Sur le mécanisme du délire onirique. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1920, p. 525.)
- SOUKHANOFF et WEDENSKY. — Délire alcoolique continu. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1904, t. XVI, p. 391.)
- SOUKHANOFF. — Démence précoce et alcoolisme. (*Ann. Méd. Psychol.*, 1913, t. I, p. 277.)
- THOMAS. — Contribution à l'étude des limites de certains délires alcooliques. (*Thèse Paris*, 1933.)
- TRÉNAUNAY. — Le rêve prolongé. (*Thèse Paris*, 1901.)
- VALLON et BESSIÈRES. — Guérison tardive d'une psychose alcoolique. (*L'Encéphale*, 1912, t. I, p. 376.)
- VIGOUROUX et PROUVOST. — Démence précoce et alcoolisme chronique. (*Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 1913, p. 351.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — <i>L'alcoolisme chronique</i>	13
1.) Généralités	13
2.) Symptômes	15
3.) Physiopathologie	18
4.) Psychopathologie	22
— Etat mental du buveur	22
— Les facteurs psychologiques de l'alcoolisme.....	24
— Les types psychologiques de buveurs.....	35
5.) Délires alcooliques subaigus	37
— Confusion et onirisme	37
— Onirisme et sommeil	39
— Onirisme, rêve et rêvasserie	40
— Phase de réveil du délire onirique (Régis).....	42
CHAPITRE II. — <i>Les délires chroniques des alcooliques</i>	45
1.) Historique	45
2.) Observations	57
3.) Description clinique	110
— A) Période de début	110
— B) Période d'état	118
— C) Evolution	128
4.) Formes cliniques	132
CHAPITRE III. — <i>Essai pathogénique</i>	139
Considérations sur la physiopathologie de l'alcoolisme.....	140
L'alcoolisme chronique	142
Le délire alcoolique subaigu	145
Les délires chroniques	152
CONCLUSIONS	161
BIBLIOGRAPHIE	163

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
